
GLASGOW
COLLEGE
LIBRARY


via veritas vita





TRAITÉ

DES

NÉVRALGIES

OU

AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS,

PAR

F.-L.-I. VALLEIX,

Médecin du bureau central des hôpitaux et hospices civils de Paris ;
membre titulaire de la société médicale d'observation et de la société anatomique,
ancien interne; etc.

A PARIS.

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17;

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1841.

A MON EXCELLENT AMI

M. le Docteur Louis,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie royale de médecine,
Président perpétuel de la Société médicale d'observation
de Paris, etc.

VALLEIX.

AVANT-PROPOS.

Les névralgies, ces affections si cruelles, et souvent si difficiles à guérir, offrent des symptômes tellement frappants, qu'elles auraient sans doute été parfaitement décrites dès les premiers temps de la médecine, si à côté d'elles il n'était d'autres maladies presque identiques et également douloureuses, qui ont, jusqu'à Chaussier, mis en défaut les investigations des hommes les plus habiles. Cette confusion dans le diagnostic a été évidemment la principale cause du peu de progrès qu'a fait l'étude des névralgies, même après l'apparition de plusieurs travaux importants sur quelques unes d'entre elles.

Chaussier, au commencement de ce siècle, ayant, avec son admirable sagacité, saisi certains caractères communs des affections douloureuses des nerfs, les décrivit avec lucidité dans sa célèbre table synoptique, et l'on put croire que dès ce moment l'histoire des névralgies allait acquérir le même degré d'exactitude que celle des maladies les

mieux connues du cadre nosologique. Mais il n'en fut rien; tout en profitant de la classification de Chaussier, les auteurs s'en tinrent, sur presque tous les points, à la description des névralgies fémoro-poplitée et trifaciale, tracée par Cotugno, André, Fothergill, etc., et négligèrent presque entièrement toutes les autres. On n'accusera pas d'exagération ce que j'avance lorsqu'on aura lu ces lignes écrites en 1822, par J. Frank, cet auteur d'une si vaste érudition. « Status... præsens illius pathologiæ partis, quæ nervorum singulorum morbos explanat, tam egenus est, ut, si ægritudines nervorum faciei, et extremitatum præcipue inferiorum, excipiamus; relate ad morbos speciales nervorum intercostalium, vagorum, etc., tot solum facta exstant (de hypothesibus enim hic nulla fit mentio), ut vix duæ de iis paginæ repleri possint (1). »

Depuis l'époque où un juge si compétent accusait ainsi d'indigence cette partie de la pathologie, plusieurs travaux estimables sont venus se joindre à ceux que nous possédions déjà. Je ne l'ignore pas, et je suis si loin de méconnaître le mérite de quelques uns de ces écrits, que dans tout le cours de cet ouvrage j'ai saisi avec empressement l'occasion de les citer. Mais si l'on a ajouté des faits intéressants aux faits déjà connus, on n'a point cherché à approfondir la matière, et aucun travail d'ensemble n'est encore sorti de ces efforts isolés.

C'est dans le but de combler cette lacune que j'ai entrepris mes recherches. Convaincu qu'il y avait

(1) *Prax. med.*, part. secund., vol. III, *De neuralgia et neuritide in genere*, p. 134. Taurini, 1822.

plus qu'à glaner pour l'observation, et confiant dans la méthode analytique et numérique à laquelle nous devons de si beaux travaux, je me suis mis à l'œuvre avec son secours, sans être arrêté par les difficultés du sujet. Cet ouvrage a donc pour base principale l'observation. Je n'ai pas toutefois, je le répète, négligé de puiser aux sources historiques, et j'ai, quand l'occasion s'en est présentée, consulté l'anatomie et la physiologie sur les points litigieux. Il est, par conséquent, entré dans la composition de ce *Traité des névralgies*, plusieurs éléments divers, que je vais faire connaître, en exposant rapidement le plan de l'ouvrage.

La division la plus simple et la plus facile de mon sujet m'a paru aussi la plus naturelle. Chercher quels sont les principaux troncs nerveux dans lesquels siége la névralgie; établir des genres fondés sur cette différence de siége; diviser mon travail en autant de chapitres que j'ai trouvé de ces genres, et terminer par un dernier chapitre sur la névralgie en général : véritable résumé des chapitres précédents, c'est là tout ce que j'ai eu à faire. Si j'avais cherché une autre classification, j'aurais eu, sans aucun doute, beaucoup de peine à la trouver, et aurais-je mieux fait? je ne le crois pas.

Tous les chapitres dont se compose l'ouvrage, n'ont pas la même importance ; la rareté de certaines névralgies, ou le peu de recherches dont elles ont été l'objet, en est la seule cause, car, pour moi, j'ai apporté un soin égal dans l'étude de chacune d'elles indistinctement. Mais on conçoit facilement que la névralgie fémoro-poplitée, par exemple, sur

laquelle on a tant écrit, et qui a été soumise à des traitements si variés, offrait matière à plus de développements, que les névralgies cervico-occipitale et lombo-abdominale, qui sont presque entièrement inconnues. Aussi ai-je présenté un peu différemment l'histoire de ces affections, suivant qu'elles avaient été, ou non, l'objet d'études sérieuses. Dans la première catégorie se trouvent les névralgies trifaciale, dorso-intercostale et fémoro-poplitée. Disons d'abord comment ces maladies ont été décrites.

Un résumé historique m'a paru indispensable, et je l'ai placé à la tête de chacun de ces chapitres. Dans ce résumé historique, j'ai moins cherché à être complet, qu'à faire apprécier à leur juste valeur les principaux ouvrages sur la matière. Il n'est donc pas de proposition un peu importante que je n'aie soumise à la critique, car c'est ainsi seulement qu'on peut rendre les études historiques intéressantes et utiles. Mais ce n'est pas seulement en citant et en discutant les diverses opinions des auteurs, que j'ai mis leurs œuvres à contribution ; je leur ai emprunté leurs observations, et les joignant aux miennes, j'ai augmenté d'autant la masse des faits que me je proposais d'analyser. On peut juger par là s'il est vrai que l'*école d'observation*, à laquelle j'appartiens, méprise, comme on l'a si souvent répété avec complaisance, tout ce qui a été fait avant elle. Parce que, relativement à certaines affections, dont le diagnostic n'a été bien établi que dans ces derniers temps, on a demandé des faits nouveaux, on en a conclu sans raison que tous les faits anciens étaient pro-

scrits; c'est une de ces erreurs qui se propagent on ne sait comment.

Les symptômes caractéristiques de quelques unes des névralgies, étant bien connus dans le siècle dernier, les observations de nos prédécesseurs m'offraient, en général, toutes les garanties désirables quant au diagnostic; aussi ai-je cherché à en faire bon usage. Mais, je dois le dire, je les ai trouvées insuffisantes sous bien des rapports, et je me suis bien souvent vu réduit au nombre plus ou moins restreint de celles que j'avais recueillies moi-même. Ce sera, pendant bien long-temps encore, le sort de tous ceux qui voudront se servir des faits entrés, avant ces dernières années, dans le domaine de la science. Tous les jours j'entends dire que la science médicale regorge de faits, qu'elle en possède cent fois plus qu'il n'en faut, qu'il n'est plus besoin que d'un homme qui sache les mettre en œuvre. Il serait fort à désirer que tous ceux qui parlent ainsi, eussent à traiter un point de pathologie, à l'aide de ces faits dont ils trouvent la science si riche! Quand ils auraient vu la plupart des observations leur faire défaut, l'absence des détails les plus essentiels les rendant inutiles; quand ils auraient été forcés de s'arrêter devant la solution des questions les plus simples, faute de renseignements, ils sauraient un peu mieux ce que valent toutes les richesses de la science en matière d'observation, et ils se laisseraient moins facilement tromper par ce faux-semblant d'abondance. En soumettant à l'analyse les principaux faits que m'ont fournis les ouvrages antérieurs, j'ai prouvé tout mon désir de

les employer utilement, et si je n'en ai pas toujours tiré un grand parti, ce n'est point à moi, mais à leur insuffisance qu'il faut l'imputer.

Des considérations anatomiques suivent le résumé historique. C'est en étudiant la névralgie dorso-intercostale, que l'idée m'est venue de rapprocher la description du nerf, de la description des symptômes dont il est le siége. Je trouvai, en effet, dans la distribution des nerfs intercostaux, des rapports si remarquables avec la dissémination des points douloureux, que je dus rechercher avec empressement si dans les autres névralgies il existerait quelques rapports semblables. On verra, dans le cours de l'ouvrage, comment cette question a été résolue par l'observation.

Quant à l'étude des symptômes, des causes, du diagnostic, je n'ai rien à en dire ici, sinon que j'ai tâché de ne rien négliger, et que par un examen plus approfondi des phénomènes morbides, j'ai obtenu des résultats qui ont échappé à mes devanciers. Je citerai, entre autres, la découverte de la dissémination de la douleur dans les névralgies et des effets de la pression sur les différents points douloureux : fait général de la plus haute importance. On verra, en effet, quel degré d'exactitude cette découverte a apporté dans le diagnostic, et quelles modifications elle doit introduire dans le traitement.

Les névralgies moins connues, telles que la névralgie cervico-brachiale, crurale, etc., ne pouvaient pas être décrites de la même manière. L'absence complète ou presque complète de travaux antérieurs, la

rareté des faits, l'ignorance où l'on était sur les principaux symptômes, me faisaient une loi de rassembler le plus grand nombre possible d'observations, et de les présenter avec les réflexions qu'elles me suggéraient. C'est ce que j'ai fait. J'ai eu soin, toutefois, de joindre aux faits particuliers, une description générale, où les principaux points de l'histoire de ces névralgies se trouvent exposés.

Le traitement de ces douloureuses affections a fixé mon attention d'une manière spéciale. Sans doute, je n'ai point, à l'exemple de quelques compilateurs, fait l'énumération interminable des divers moyens mis en usage par les anciens et les modernes; mais il n'est guère d'agent thérapeutique proposé d'après une expérience sérieuse, et ayant pour lui quelques faits authentiques, que je n'aie examiné avec soin, et que je n'aie cherché à apprécier avec rigueur. En un mot, je ne me suis point départi, dans l'étude du traitement, des principes qui ont présidé à toutes les autres parties de ces recherches.

Le chapitre de la *Névralgie en général*, qui termine l'ouvrage, semblerait, par la nature du sujet, devoir offrir un moindre degré de rigueur et d'exactitude; mais il n'en est rien, car je l'ai écrit, l'histoire de chaque névralgie sous les yeux; en sorte qu'il constitue un résumé fidèle de tout ce que ces névralgies ont de commun dans leurs symptômes et dans leur marche. Les tableaux généraux sont dressés avec les tableaux particuliers. Il m'a donc été impossible de m'égarer dans mes conclusions, et si parfois je n'ai obtenu que des résultats douteux,

c'est que tous les faits réunis ne pouvaient suffire.

Telle est la manière dont a été conçu et exécuté cet ouvrage, d'une difficulté dont, je l'espère, on voudra bien me tenir compte. Si le zèle dans les recherches, et une attention scrupuleuse dans l'analyse des faits, doivent, comme je le pense, conduire nécessairement à des résultats utiles, j'ose espérer que ce livre contribuera pour sa part à faire mieux connaître des affections aussi redoutables que les névralgies.

ERRATA.

Page 9 ligne 4; au lieu de : Aut leve malum, lisez : *Haud* leve malum.

Page 29, § IV; au lieu de : Quelques considérations sur la distribution du nerf trifacial, lisez : du nerf *facial*.

Page 123, tableau; au lieu de : total, 25, lisez : total, 29.

Page 362, ligne 17; au lieu de : B. Douleurs spontanées, lisez : B. Douleurs *provoquées*.

Page 698, au lieu de : Art. VII, lisez Art. VI.

TRAITÉ
DES NÉVRALGIES.

INTRODUCTION. — DÉFINITION.

La description générale des névralgies ne doit être, suivant la méthode analytique employée dans cet ouvrage, qu'un résumé des descriptions particulières de chacune de ces maladies. Le chapitre consacré aux généralités ne peut, par conséquent, venir que le dernier. Mais je m'exposerais au plus grand de tous les inconvénients, le défaut de clarté, si je n'extrayais de ces généralités, pour la placer ici, la définition de ce mot *névralgie* introduit dans la science au commencement de ce siècle.

Si les opinions étaient unanimes, il serait sans doute inutile de tracer d'avance les limites dans lesquelles je renferme la névralgie; mais on a donné à cette dénomination des significations très diverses, les uns regardant comme des névralgies réelles, ce que d'autres considèrent comme des maladies d'une toute autre nature. Entrer sur-le-champ en matière sans aucune explication, ce serait donc risquer de me servir, dans les descriptions particulières, d'expressions vagues, et ayant pour les différents lecteurs une valeur différente. C'est pourquoi, je vais chercher d'abord à définir la névralgie.

Définition. — La névralgie ne saurait être définie d'après sa nature. Il nous est, en effet, impossible de dire, non seulement d'une manière positive, mais même avec quelque probabilité, à quelle altération particulière du nerf sont dus les symptômes si violents, et quelquefois si durables, de cette cruelle affection. C'est ce qui ressortira des divers articles consacrés à l'étude des lésions anatomiques, dans chaque névralgie en particulier. Je suis donc réduit à donner, pour définition, une description succincte des symptômes vraiment caractéristiques.

D'après le résultat des nombreuses observations que j'ai rassemblées, la névralgie doit être définie : *Une douleur plus ou moins violente, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, disséminée par points circonscrits : véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancements ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, est plus ou moins douloureuse.*

Cette définition diffère sensiblement de celles qui ont été proposées par les auteurs. Je me contenterai de la rapprocher de celle qu'on a le plus généralement adoptée, et qui a été donnée par Chaussier (1). Voici comment s'exprime cet auteur : « *Névralgie*, affection morbide d'un nerf, caractérisée 1° par la *nature de la douleur*, qui est en même temps vive, déchirante, quelquefois, et surtout dans son commencement, avec torpeur ou formication, plus souvent avec pulsations, élancements et tiraillements successifs, sans rougeur, sans chaleur, sans tension et gonflement apparent de la partie, qui revient

(1) *Table synoptique*. Paris, an XI.

par accès plus ou moins longs et rapprochés, souvent irréguliers, quelquefois périodiques.

» 2° Par le *siége de la douleur*, qui toujours est fixée sur un tronc, sur une branche de nerf, et qui, dans le temps du paroxysme, se propage et s'élance du point primitivement affecté sur toutes ses ramifications, les parcourt rapidement comme un éclair jusqu'à leurs dernières extrémités, les suit dans leurs diverses connexions, les affecte tantôt successivement les unes après les autres, tantôt toutes ensemble, ou qui d'autres fois se borne plus particulièrement à un ou deux de ses filaments. »

Je n'ai pas cru devoir adopter cette définition, d'ailleurs beaucoup trop longue, pour plusieurs motifs. D'abord, il semble que Chaussier n'admet comme siége de la douleur persistante qu'un seul point de l'étendue du nerf, d'où partent les élancements; et l'on verra dans les descriptions particulières qu'il en est très rarement ainsi. En second lieu, la douleur lancinante, à laquelle l'auteur donne tant d'importance, n'est pas exactement décrite; il est un bon nombre de cas, en effet, dans lesquels un élancement va retentir d'un point douloureux dans l'autre, sans que le malade ait la sensation de son passage dans l'intervalle qui sépare ces deux points. Enfin, il fallait, de toute nécessité, tenir compte de la douleur à la pression dont Chaussier ne connaissait pas toute la valeur. Je conserverai donc la définition donnée plus haut, parce qu'elle me semble satisfaire à toutes les exigences, sans renfermer rien d'inutile.

Mais on demandera peut-être pourquoi je ne fais point entrer dans les névralgies ces douleurs des viscères

dans lesquelles les fonctions sont plus ou moins alté-
rées, sans lésion organique apparente, et que l'on con-
naît sous le nom générique de *viscéralgies*. On pourr
s'étonner aussi de me voir mettre de côté les dou-
leurs lancinantes qui parcourent diverses parties d
corps dans certaines affections organiques, le cancer pa
exemple. Je réponds que si ces symptômes se rappro-
chent sous certains rapports de la névralgie, ils en dif-
fèrent sous d'autres non moins essentiels. Ainsi, dans le
viscéralgies, le siége de la douleur occupant, dans tou
les sens, une étendue considérable d'un viscère, n
peut être comparé au siége des douleurs névralgiques
ces affections viscérales consistent bien plutôt dans le
troubles fonctionnels de l'organe malade, que dan
la douleur des nerfs qui s'y rendent, tandis que dan
la névralgie, la douleur du nerf est le point capital
et les lésions fonctionnelles des organes auxquels i
se distribue, ne sont que des phénomènes acces-
soires. Quant aux douleurs du cancer, outre qu'elles
n'ont pas un trajet bien déterminé, elles ne présentent
pas les caractères des douleurs qui siégent dans un
tronc nerveux, car les élancements seuls les constituent.
Je ne prétends pas dire, néanmoins, que ces diverses
douleurs n'ont pas de nombreux points de contact, et ne
se rapprochent pas l'une de l'autre par leur nature ; mais
la différence du siége en apporte de si grandes dans
leur manière d'être, dans leur marche, dans le traite-
ment qui leur convient, en un mot, dans les circon-
stances les plus essentielles, que le praticien doit né-
cessairement les distinguer avec soin. En pathologie
générale, il faudrait peut-être en faire ressortir les
nombreuses affinités; dans cet ouvrage, où les faits

sont principalement envisagés sous le rapport pratique, j'ai dû m'attacher, au contraire, à mettre en saillie toutes leurs différences. En d'autres termes, trouvant dans les principaux troncs nerveux qui se ramifient à la surface du corps une affection dont les caractères sont bien nettement dessinés, j'ai dû en former un groupe pathologique sur lequel l'observation exacte et rigoureuse pût s'exercer avec toute chance de succès. Ce groupe est constitué par les névralgies, distinguées des viscéralgies et des douleurs nerveuses symptomatiques.

Cette manière d'envisager les faits a, du reste, jusqu'à un certain point, pour elle, l'autorité de J. Frank (1), qui s'exprime ainsi à ce sujet : « Habitâ ratione, quod nervi vel ad viscerum contextum formandum, vel ad ganglia, et plexus constituendos confluunt, vel sparsim decurrunt, illorum morborum *tria* quoque statuimus *genera*, videlicet *morbos nervorum*, 1° ad *viscera* pertinentium, 2° ad *ganglia* et *plexus* spectantium, et 3° per se *sparsim* decurrentium. Morbi nervorum contextui viscerum inhærentium, ut monuimus, ibi describuntur, ubi de ægritudinibus viscerum in specie sermo est, e. c. vitia nervi olfactorii, optici, acustici, in tractatibus de morbis narium, oculorum, aurium, etc. Cum ganglia, et plexus nervorum fonctionibus viscerum thoracis, abdominis, et pelvis imperent, patet, eorum quoque morbos nullibi aptius exponi posse, quam eo loco, quo functionum illarum læsiones considerantur; hinc in tractatibus de aphonia, de asthmate, de tussi convulsiva, de angore pectoris, de dysphagia, deque vitiis

(1) *Praxeos univ. med. præcept.*, part. II, vol. III. *De Neuralg. et Neuritide in genere*, p. 134.

operis digestionis, chylificationis, etc. Restat igitur, u
de morbis nervorum *per se* sparsim in facie, et in
membris decurrentium agatur, atque hæc doctrinæ
pars est, quam hìc dilucidare aggredimur. »

On voit par là que Frank établit une différence
marquée entre les diverses affections douloureuses des
nerfs, suivant qu'elles occupent tel ou tel siége, et que
s'il paraît les regarder comme de la même famille, il en
fait du moins trois genres différents qui méritent d'être
séparément étudiés. C'est le dernier de ces trois genres
qui fait le sujet de cet ouvrage.

Ayant ainsi bien établi ce que j'entends par le mot
névralgie, je peux maintenant entrer dans des descrip-
tions dont l'objet est clairement déterminé.

CHAPITRE PREMIER.

NÉVRALGIE TRIFACIALE.

ART. 1er. — HISTORIQUE ET CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

L'historique des névralgies de la face a été fait trop souvent, et avec trop de soin, pour que je me croie obligé de le reproduire ici, dans tous ses détails. Je me bornerai à le tracer à grands traits, en insistant principalement sur les points qui me paraissent avoir été le moins approfondis par les auteurs, ou qui sont susceptibles de discussion.

On ne trouve point, ainsi qu'on l'a fait généralement remarquer, une description ou même une indication satisfaisante des névralgies de la face, dans les auteurs qui ont précédé Arétée. On a cité, il est vrai, un passage d'Hippocrate, dans lequel il est question de douleurs intermittentes naissant dans la tempe droite, et de là, se portant vers la partie postérieure de la tête et vers le cou ; mais la malade qui éprouvait ces douleurs, présentait, en même temps, des symptômes qui ne peuvent pas se rapporter à une simple névralgie, comme on peut en juger par les expressions mêmes d'Hippocrate : « Caput intumescebat retro ad verticula, et distensio et durities circum tendines, et ubi caput commovere aut dentes diducere conabatur, non poterat, ut qui valde disten-

debatur (1). » Il est difficile de dire si ces symptômes se rapportaient à une simple névralgie de la face ; s'il en était ainsi, il faudrait reconnaître que ce cas sort entièrement de la ligne ordinaire. Un autre passage d'Hippocrate (2), qui n'a point encore été cité, présente quelques particularités d'une certaine importance : « Si venæ supervomuerint in caput, dolor gravis totum caput tenet, et ad collum, et alias ad alias capitis partes transit. Et ubi surrexerit, vertigo ipsum corripit, febris autem non invadit. » Sans doute, il y a encore là des symptômes qui paraissent étrangers à la névralgie : on n'y trouve pas d'ailleurs l'intermittence de la douleur signalée dans le passage précédent ; mais cette circonstance d'une douleur gagnant les diverses parties de la tête, et occasionnant des troubles si notables sans donner lieu à la moindre fièvre, peut faire penser que le siége de la maladie était réellement dans les nerfs. Au reste, on voit combien étaient vagues et superficielles les connaissances d'Hippocrate sur les névralgies de la face. On reconnaît d'ailleurs, en lisant ce qu'il a écrit sur les douleurs de la tête, qu'il les confondait à peu près toutes ensemble, de telle sorte que ses observations ne peuvent nous être d'aucune utilité. Ces réflexions s'adressent aussi au passage de Celse cité par le docteur Halliday (3).

Arétée le premier a distingué un grand nombre de formes différentes de céphalée, dans lesquelles il a fait entrer toutes les névralgies de la face. Il indique les points principaux où la douleur se fait sentir : la tempe, l'oreille, le sourcil. Il a soin de noter que l'affection est tantôt con-

(1) Hipp. *Popularium*, lib. V, 31, édit. Vanderlinden. Neapol. 1757.
(2) Hipp. *De Morbis*, lib. II, 18, ead. edit.
(3) *Considér. pratiq. sur les név. de la face.* Paris, 1832, p. 7.

tinue, tantôt intermittente; il signale les différents mouvements convulsifs de la face. Mais ce qui me paraît plus digne de remarque encore, c'est le passage suivant (1) : « Aut leve malum quamvis intermittit, quamvis exiguum esse primâ specie videtur, nam si acute interdum impetum faciat, fœda atque atrocia detrimenta affert. » Ces paroles prouvent, en effet, qu'Arétée avait été frappé non seulement des symptômes violents de la maladie à son plus haut degré, mais encore des signes légers qu'elle peut présenter dans un grand nombre de cas. Or, nous verrons plus tard que quelques auteurs modernes n'ont pas été aussi loin dans l'étude de la maladie. Remarquons, toutefois, qu'Arétée n'a point parlé de l'effet de la pression sur les points douloureux.

La description de la névralgie faciale qu'on a cru trouver dans Cælius Aurelianus (2), est trop inférieure à celle d'Arétée pour que je doive la faire connaître. J'en dirai autant de toutes celles qui ont été données jusqu'à l'époque où André (3) publia ses recherches sur cette maladie. Je me bornerai à indiquer deux observations

(1) *De causis et sign. diuturn.*, lib. I, cap. II.

(2) Il n'est pas douteux cependant que Cælius Aurelianus (Voy. *De Morb. acut. et chron.*, Amst., 1722; *Morb. chron.*, lib. I; *Cæphal.*, lib. I, cap. I; et *Cæphal.*, lib. II, cap. II, spasm. cynicus), n'ait fait entrer dans sa description plusieurs traits qui ont rapport à la névralgie faciale; c'est ce qu'on peut voir dans le passage où il parle de la céphalée ou douleur de tête non fébrile; mais il n'a point établi de distinction entre la céphalalgie profonde, gravative, et la céphalalgie superficielle; de même que quand il a parlé du spasme cynique, il n'a indiqué comme symptôme que les convulsions. En sorte que, soit à cause du défaut de distinction entre des états morbides très différents, soit à cause du manque de détails, cet auteur ne peut nous être que d'un très faible secours.

(3) *Observat. pratiq. sur les malad. de l'urètre et sur plusieurs faits convulsifs.* Paris, 1756, p. 318 et suiv.

de Marc-Aurèle-Séverin (1) qui sont remarquables par l'intensité des douleurs et par l'inefficacité des remèdes les plus violents, et entre autres l'application du cautère actuel. Dans le premier cas, la maladie siégeait vers le milieu de la mâchoire inférieure; dans le second, le siége n'est point parfaitement déterminé : il n'y avait aucune tumeur apparente. Au reste, l'auteur ne parle ni des élancements, ni du trajet des douleurs, ni de tant d'autres circonstances qui auraient pu donner de la valeur à ses observations. Il impose à cette affection le nom d'*impressura*, parce que, dit-il, « impressum semel parti vitium tum causa assidua fovente, tum remedio non astringente, nusquam emotum perstat etiamsi a spiritu natum. » Nous trouvons dans ces derniers mots toute la théorie de l'auteur, théorie appliquée par lui à des affections de nature évidemment névralgique. Après ces indications, je renverrai, pour le petit nombre de détails que les auteurs nous ont laissés sur l'histoire des névralgies de la face pendant tout ce laps de temps, aux historiques présentés dans les ouvrages de Méglin (2) et de Halliday (3), au Dictionnaire de médecine (4), au Compendium de médecine pratique (5), et je passerai immédiatement à la monographie du chirurgien de Versailles.

Suivant André, la maladie qui nous occupe est toujours caractérisée, et par « *une douleur plus ou moins*

(1) *De recondita abcess. nat.* Lugduni, 1724, p. 236 ; *De noviss. observ. abcess.*, cap. x.

(2) *Recherches sur la név. faciale ou le tic douloureux de la face.* Strasbourg, 1816.

(3) *Loc. citat.*

(4) Tom. XII, 1836, 2e édit. Art. *Face*, par M. Bérard aîné.

(5) *Compend. de med. pratiq.* par M. Monneret et L. Fleury. Tom. III, Paris, 1840, art. *Face*.

vive,» et par «*des grimaces hideuses qui mettent un obstacle invincible à la réception des aliments, qui éloignent le sommeil, interceptent et lient souvent l'usage de la parole : agitations qui, quoique vagues et périodiques en elles-mêmes, sont néanmoins si fréquentes, qu'elles se font sentir plusieurs fois dans un jour, dans une heure, et quelquefois sont sans relâche et se renouvellent à chaque minute.»* La névralgie faciale n'était donc reconnue par André que lorsqu'elle avait acquis son plus haut degré d'intensité, et lorsqu'à une douleur violente venaient se joindre des convulsions plus ou moins marquées : réunion de symptômes nécessaire pour mériter à l'affection le nom de *tic douloureux* que lui avait donné cet auteur. Arétée, comme je l'ai déjà dit, avait reconnu des nuances beaucoup plus faibles.

André distingue le tic douloureux du *tétanos*, et du *spasme cynique;* il cite ensuite cinq observations qui sont surtout importantes sous le rapport du traitement, et que j'aurai l'occasion de rappeler plus tard.

Peu de temps après, un auteur anglais, J. Fothergill (1), traita de la maladie qui nous occupe, et lui donna le nom d'affection douloureuse de la face. Il suffit de jeter un coup d'œil sur sa description, pour voir combien déjà son observation est plus complète et plus exacte; c'est pourquoi je vais donner un résumé de son mémoire, et cela avec d'autant plus d'empressement que la plupart des auteurs modernes n'ont fait que le citer en passant, et que tout nouvellement encore, les

(1) *On the painful affection of the face in a complete collection of the works.* 1782, p. 427 et seq.

auteurs du Compendium l'ont jugé plus sévèrement qu'il ne me paraît le mériter.

« *Après des commencements imperceptibles*, dit Fothergill, une douleur s'empare de quelques parties de la face ou d'un côté de la tête; c'est tantôt l'orbite, tantôt les os malaires, quelquefois les os temporaux qui sont les parties affectées. La douleur vient subitement; elle est excruciante, mais elle ne dure qu'un court espace de temps, peut-être le quart ou la moitié d'une minute; puis elle disparaît pour reparaître à des intervalles irréguliers. Quelquefois, ces intervalles sont d'une demi-heure; dans d'autres cas, la douleur se reproduit trois ou quatre fois dans l'espace de quelques minutes. Elle revient aussi souvent le jour que la nuit, et peut être déterminée par l'action de manger, de parler, ou le moindre mouvement des muscles de la face. » L'auteur distingue très bien la maladie de l'*odontalgie ;* il est moins heureux lorsqu'il cherche à la distinguer du rhumatisme de la face.

Les douleurs lancinantes éprouvées par les malades, ont induit Fothergill en erreur, et lui ont fait croire que la névralgie était causée par une acrimonie corrosive, cancéreuse, parcourant une certaine série de vaisseaux. C'est cette théorie, dont il est inutile de signaler la futilité, qui a jeté du discrédit sur son mémoire; il faut reconnaître, cependant, que cet auteur, en décrivant les symptômes avec plus de précision et en tenant compte de faits qui, avant lui, échappaient à l'observation, parce que la maladie n'était pas assez violente, a fait faire un progrès réel à la science.

A peu près vers la même époque, Thouret (1) inséra

(1) Mémoire sur l'affect. particul. à laquelle on a donné le nom de tic

dans les Mémoires de la Société royale de médecine, un travail qui fixa généralement l'attention. D'abord, l'auteur fait justice des théories hypothétiques proposées par ses devanciers; il ne saurait admettre le vice cancéreux de Fothergill, ni les trois humeurs goutteuse, scorbutique et catarrhale de Pujol, etc. Quant à lui, il n'a point d'opinion tout-à-fait arrêtée sur la nature de la maladie; cependant, il la regarde comme purement douloureuse et comme particulière au plexus nerveux de la face auquel on a donné le nom de *patte d'oie*. Relativement au siége, il dit que la maladie paraît se fixer plus particulièrement dans quelques endroits de prédilection, comme la mâchoire inférieure, le trou mentonnier, le voisinage de l'apophyse mastoïde et la région de la joue la plus voisine de l'œil. « En général, ajoute-t-il, le siége le plus ordinaire du mal est sur le côté du nez, immédiatement au-dessous de l'os de la pommette, à l'endroit où une branche principale du nerf maxillaire supérieur sort du canal sous-orbitaire. »

Dans la description de la maladie elle-même, Thouret a fort peu ajouté à ce qui avait été dit par André et Fothergill; il paraît même avoir méconnu les cas légers indiqués par le dernier de ces deux auteurs dont il adopte le diagnostic. J'indiquerai, plus loin, les opinions de Thouret sur le traitement de cette névralgie.

Ce qui frappe d'abord dans la table synoptique de Chaussier (1), c'est une précision beaucoup plus grande dans la détermination du siége de la maladie. Il commence par établir quatre grandes divisions dans la névral-

douloureux. *Mém. de la Société royale de méd.* 1782-83, p. 204 à 256.

(1) *Table synoptique de la* Névralgie. Paris, an XI, § 1, 2 et 3.

gie faciale. Ainsi, il décrit séparément la *névralgie frontale*, la *névralgie sous-orbitaire*, la *névralgie maxillaire*, et dans une note, il admet l'existence de la *névralgie du nerf facial*. Cette division, introduite par Chaussier, a sans doute de très grands avantages, mais elle en aurait bien plus encore si ces diverses espèces de névralgie étaient réellement indépendantes l'une de l'autre. Lorsque j'aurai étudié les symptômes, je reviendrai sur cette classification, et il sera alors facile de juger si nous devons l'adopter ou non sans restriction.

La description de Chaussier est beaucoup plus claire que toutes les précédentes, mais elle m'a paru avoir été faite plutôt à l'aide de connaissances anatomiques, que d'une observation rigoureuse. On peut se faire une idée parfaite de cette description, en se rappelant le trajet des nerfs et leurs anastomoses, et en faisant voyager la douleur dans toutes ces parties. Chaussier signale aussi l'irritation et l'excitation causées par la maladie dans les différents organes où se rendent les ramifications nerveuses. En somme, l'histoire de la névralgie faciale a fait un grand pas grâce au travail de Chaussier qui sera bien des fois cité dans le cours de cet ouvrage.

Méglin (1) a, comme André, méconnu les cas légers de névralgie trifaciale. La maladie n'est caractérisée pour lui, que quand, à la douleur excessivement aiguë, viennent se joindre des convulsions. Il cherche même à établir un diagnostic entre ce tic douloureux et d'autres maladies, qui, ainsi qu'on le verra plus tard, n'en sont pas aussi distinctes qu'il le pense. Ce mémoire étant un des principaux sur le sujet qui nous

(1) *Loc. citat.*

occupe, j'ai analysé les observations qu'il renferme, et j'en ai donné les résultats dans le cours de la description suivante. Il se présenteront donc successivement à la place qui leur convient, et par conséquent, il serait inutile de les indiquer ici.

La thèse de M. Reverdit sur la *prosopalgie* (1), ajoute fort peu à ce qui avait déjà été dit par Chaussier ; cependant, je dois signaler un passage où cet auteur dit que la *moindre pression* sur les parties malades cause de la douleur; mais outre qu'il range ce signe parmi les prodròmes, il s'empresse d'ajouter que la douleur cesse ou change de nature sous une forte pression.

M. Barbarin (2) a considéré la névralgie de la face d'une manière générale; il pose en principe la fixation de la douleur sur un tronc nerveux au moment où il sort du crâne. Il adopte la même division que ses devanciers, et n'ajoute rien au diagnostic qu'il n'établit que pour les cas graves où il y a élancements, convulsions, etc. Il admet aussi que, dans les paroxysmes, on étouffe la douleur en comprimant ou en frictionnant les parties affectées.

J. Frank (3) n'a fait faire aucun progrès réel à la science, dans sa description de la névralgie faciale, mais il a recueilli avec soin tout ce qui a été dit par les autres auteurs, et son article présente de l'intérêt sous ce point de vue.

Je ne dirai qu'un mot de la thèse de M. Régnier (4).

(1) *Dissert. sur la név. faciale ou prosopalgie.* Thèse. Paris, 1817.

(2) *Dissert. sur la név. faciale considérée d'une manière générale.* Thèse. Paris, 1817.

(3) *Praxeos medicæ universæ præcepta.* Edit, secund. Taurini, 1822.

(4) *Thèse sur la névralgie faciale.* Paris, 1819.

« La différence qui existe, dit cet auteur, entre la sciatique et le tic douloureux, c'est que, dans le premier cas, la pression est douloureuse à cause de la phlogose, tandis que, dans le second, la douleur, par une forte pression, est sinon calmée, du moins rendue supportable. »

Le mémoire de M. Halliday (1) sur les névralgies de la face, n'est point fondé sur des observations propres à l'auteur, mais presque toutes celles qui étaient éparses dans la science, y ont été réunies. Aussi lui en ai-je emprunté quelques unes dont l'analyse entre dans le travail suivant. J'aurai plusieurs fois occasion de citer ce mémoire, qui a une assez grande valeur sous les rapports thérapeutique et bibliographique.

Je ne dois point oublier de mentionner la thèse de M. Chaponnière (2), qui a traité, d'après une foule de documents, la question du siége et des causes des névralgies de la face. J'aurai nécessairement à faire plusieurs emprunts à cet auteur exact et consciencieux

Les mémoires des docteurs Lombard (3) et Bloglia dal Persico (4) ont surtout été conçus au point de vue thérapeutique; le premier conseille l'emploi du cyanure de potasse à l'extérieur, et le second l'eau cohobée de feuilles de laurier cerise en lotions; mais les faits qu'ils rapportent ne sont ni assez nombreux ni assez concluants.

En 1834, M. F. Bellingeri (5) a publié un *Mémoire*

(1) *Loc. citat.*

(2) *Essai sur le siége et les causes de la név. faciale.* Thèse. Paris, 1832.

(3) Emploi du cyan. potass. dans le trait. des név. *Archiv. gén. méd*, 1831, t. XXVI.

(4) Observ. sur l'eff. de l'eau cohob. de laurier cerise dans les név. *Annal. univ. di med.* 1832. — *Archiv.* T. III, 1833.

(5) *Annal.univ. di med.* Avril, 1834. — *Archiv.* T. VI, 2e série, 1834.

sur la névralgie de la face. Dans ce travail, il donne le résultat de ses observations pendant quatorze ans, à Turin; sur 5,612 malades, il en a trouvé 40 affectés de névralgie des divers rameaux de la cinquième ou de la *septième paire.* L'auteur n'ajoute rien aux symptômes déjà connus; mais il insiste, plus qu'on ne l'avait fait avant lui, sur la forme franchement intermittente. Il établit trois espèces de névralgie : l'*inflammatoire*, l'*irritative*, la *nerveuse;* la première se subdivise en *sanguine*, *phlogistique*, *rhumatismale.* Cette division est purement théorique. Il n'est qu'une seule de ces espèces dont la distinction paraisse réellement fondée sur l'observation : c'est *l'irritative*; encore faut-il dire que, dans les cas où M. Bellingeri a cru la reconnaître, il n'est pas parfaitement démontré que la douleur constituât une névralgie proprement dite.

Enfin, en 1836, M. Rennes (1) fit paraître un mémoire qui, sans offrir rien de nouveau dans la description des symptômes, présente un intérêt incontestable sous le rapport de la marche de la maladie. M. Rennes n'a pas le moindre doute sur la nature intermittente périodique des nombreuses névralgies frontales qu'il a eu occasion d'observer dans l'espace de quinze mois. Il appuie son opinion sur des considérations de plusieurs ordres; mais je n'en parlerai point ici, car toutes ces questions devant se représenter lorsqu'il s'agira de la marche, de la nature et du traitement de la névralgie trifaciale, ce serait tomber dans des redites inutiles.

(1) Observ. et réflex. sur 32 cas de névr. front. recueillis dans l'espace de 15 mois à Bergerac. *Archiv. gén. de méd.* 1836. T. XI.

Jusqu'à présent, nous avons vu qu'on n'élevait point de doutes sur l'existence des névralgies du nerf facial ; mais dans un article du *Dictionnaire de médecine* (1) et dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2), M. Bérard aîné a soulevé la question de savoir s'il pouvait exister des névralgies faciales proprement dites, et de la discussion approfondie à laquelle il s'est livré, il a tiré la conclusion que les nerfs de la cinquième paire pouvaient seuls, dans la face, être atteints de cette affection. Cette discussion donne un vif intérêt aux deux articles dont il s'agit; mais bien que M. Bérard ait cité un ou deux faits cliniques, il n'en est pas moins vrai qu'il a été presque entièrement réduit à traiter la question à l'aide de considérations anatomiques et physiologiques. Il sera donc de la plus haute importance d'examiner, sous ce nouveau point de vue, les faits que je possède; c'est le seul moyen de s'assurer si la théorie de M. Bérard est sanctionnée par l'observation.

Plus tard, M. Jobert de Lamballe (3) a soutenu une opinion entièrement opposée à celle de M. Bérard ; il pense que *tous les nerfs de la face, sans exception, sont sujets à la névralgie.* J'ai cherché en vain, dans ses observations, la preuve de ce qu'il avance ; je reviendrai, au reste, sur son ouvrage, à propos du traitement qu'il a proposé.

Dans leur article *Névralgie de la face*, les auteurs du Compendium (4) ont résumé nos connaissances, et ont

(1) *Loc. citat.*
(2) *Sur les fonct. du nerf facial.* Vol. IV, 1835-36, p. 6.
(3) *Études sur le système nerveux.* Paris, 1838. 2 vol.
(4) *Loc. citat.*

établi, avec soin, l'état de la science relativement à cette affection.

Tel est l'historique abrégé des névralgies de la face. Mon principal but, en le traçant, était de montrer comment la description de la maladie, d'abord inexacte, et ensuite confuse et incomplète, a fini par acquérir un degré de précision peut être exagéré. Avec quelque attention, on peut constater d'une manière assez exacte, dans ce sommaire historique, les progrès successifs que chaque auteur a fait faire à la science, et se mettre à même de juger, au premier coup d'œil, tout ce que l'analyse de mes observations m'aura appris de nouveau.

Le nombre des observations de névralgie de la face qui m'ont offert les conditions indispensables pour servir utilement à l'analyse, est de 55 ; elles sont empruntées en grande partie aux principaux auteurs. Voici les sources auxquelles j'ai puisé : douze faits ont été pris dans l'ouvrage de Méglin (1); quinze dans celui d'Halliday (2); six ont été cités par le docteur B. Hutchinson (3) ; trois appartiennent à M. Piorry (4); deux à M. Ribes (5) ; MM. Arloing de Nevers (6), Magliari (7) et Delame (8) m'en ont fourni un chacun. Quant à moi, j'ai recueilli l'histoire détaillée de douze névralgies de la face, et M. Cossy

(1) *Loc. citat.*

(2) *Loco citato.*

(3) *London med. and phys.* Journal, 1821, pp. 284, 457. — 1823, pp. 109, 111, 472, 473.

(4) *Gazette médicale.* 1833. — *Mém. sur les név. et leur trait.* p. 69 et suiv.

(5) *Journal de physiol. expér. et de pathol.*, par Magendie, Paris, 1822, pag. 219.

(6) *Journal. gén. de méd.*, t. XCVIII, janv. 1827. Observ. X^{e}.

(7) *Gazette médicale*, 1836, p. 204.

(8) *Gazette médicale*, 1837, p. 239.

m'en a communiqué deux cas qu'il a observés à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis. Ces matériaux sont sans doute bien importants; cependant, toutes les observations que j'ai rassemblées n'ont pas la même valeur. Celles que j'ai recueillies, ainsi que celles qui m'ont été communiquées par M. Cossy, renferment des détails très multipliés, et offrent, sur presque tous les points, des renseignements positifs. Mais il n'en est pas de même de celles que j'ai empruntées aux auteurs; bien que j'aie eu soin de n'admettre que les meilleures, elles sont le plus souvent fort incomplètes, en sorte que j'aurai nécessairement, dans le cours de ma description, des chiffres fort variables, et que souvent je me trouverai réduit aux observations que j'aurai prises moi-même.

Parmi ces 55 observations, il en est 9 qui sont citées par leurs auteurs comme des névralgies du nerf facial. Une grande question à résoudre étant de savoir si la névralgie *faciale* existe réellement, j'ai dû présenter à part l'analyse de ces faits. C'était le seul moyen de savoir si réellement la maladie a son siége dans le nerf facial, et de résoudre un problème intéressant. Je séparerai donc entièrement ces faits, et je les relèguerai à l'article diagnostic, où ils seront examinés soigneusement: faire autrement, ce serait introduire dans la description une confusion véritable. Il ne nous restera, en définitive, que quarante-six cas qui, dans quelques circonstances, pourront être en partie dédoublés.

Il suffit d'étudier l'histoire des névralgies, pour voir combien est fausse l'opinion que l'on se fait généralement de la richesse de la science en matière d'observation. Sans doute les faits abondent; on peut, en compulsant les auteurs, et surtout les recueils périodiques,

en réunir une grande quantité ; mais quelle est l'utilité de faits tronqués, manquant des détails les plus nécessaires, et présentés trop souvent dans le but de faire prévaloir une théorie ? Ce n'est donc pas à tort que l'on réclame chaque jour de nouveaux faits ; mais par là, il faut entendre non des faits semblables à la plupart de ceux que nous ont laissés nos devanciers, mais des faits observés avec soin et avec rigueur, les seuls qui puissent faire avancer la science.

Art. II. — Considérations anatomiques.

§ Ier. Distribution extérieure de la cinquième paire.

Les nerfs de la cinquième paire ont, comme on sait, une distribution très compliquée au-dehors du crâne, et c'est précisément là qu'il nous importe de les étudier. Quant à leur trajet dans l'intérieur de cette boîte osseuse, qu'il me suffise de dire qu'après s'être détachés des côtés de la protubérance, ils viennent se réunir à la concavité du ganglion semi-lunaire ou de Gasser. M. Cruveilhier fait néanmoins remarquer que tous les filets de la cinquième paire ne concourent pas à la formation de ce ganglion, et qu'on voit passer au-dessous de lui un cordon aplati constitué par la petite racine du nerf trifacial. Cette disposition, comme l'a très bien noté cet habile anatomiste, établit une analogie entre le nerf dont il s'agit et les nerfs spinaux, qui présentent deux ordres de racines : les antérieures et les postérieures. C'est de la convexité du ganglion de Gasser, que partent les trois grandes divisions du nerf, c'est-à-dire la branche ophthalmique de Willis, le nerf maxillaire supérieur et le nerf maxillaire

inférieur. Notons que, soit par leur fusion dans le ganglion, soit par des communications plus ou moins nombreuses, ces trois nerfs ont entre eux une liaison intime. Plusieurs filets destinés à la dure-mère, et qui se répandent dans ses replis, partent du ganglion de Gasser.

Nous avons maintenant à considérer séparément les trois grandes divisions que je viens de signaler.

1° *Branche ophthalmique de Willis* (*orbito-frontale, Chaussier*). Elle se divise déjà, dans l'intérieur du crâne, en trois rameaux : le *nerf lacrymal*, le *nerf frontal* et le *nerf nasal*. Ceux-ci pénètrent dans l'orbite par la fente sphénoïdale, mais c'est leur issue au-dehors qu'il importe le plus de noter.

Le nerf *lacrymal*, après avoir traversé la glande lacrymale, *perce l'aponévrose de la paupière supérieure*, et fournit deux filets cutanés principaux, l'un pour le bord inférieur de la paupière, l'autre qu'il nous faut noter avec soin, et qui remonte vers la région antérieure de la tempe où il se perd dans la peau.

Le nerf *frontal* (*fronto-palpébral, Chaussier*) se divise, dans le fond de l'orbite, en deux rameaux qui sont le *frontal interne* et le *frontal externe*. La branche frontale externe ou *sus-orbitaire*, la plus considérable, sort de l'orbite par le trou sus-orbitaire et *devient superficielle*; elle se divise immédiatement en rameaux frontaux ou ascendants, et en rameaux palpébraux ou descendants; ceux-ci se jettent dans la paupière supérieure, et l'un deux va s'anastomoser avec le nerf facial. Quant aux rameaux frontaux, qui sont ordinairement au nombre de deux, c'est l'interne qui devient le plus superficiel; presque immédiatement après son origine; il se place sous la peau. Les divisions de ces

rameaux peuvent être suivies jusqu'à la suture lambdoïde. Elles vont s'entremêler aux filets formés par le grand occipital ou sous-occipital, et par le petit nerf occipital d'Arnold, qui vient du plexus cervical : *c'est au-dessus de la bosse pariétale, que ces anastomoses sont le plus nombreuses.*

Le *nerf nasal* se divise, dans l'intérieur de l'orbite, en deux rameaux : le *nasal interne* et le *nasal externe.* Ils fournissent des filets à la peau du nez et de la paupière supérieure.

2° *Maxillaire supérieur.* Après avoir traversé la fosse sphéno-maxillaire, ce nerf s'engage dans le canal sous-orbitaire dont il prend le nom, et à sa sortie, il se répand dans la joue. Des rameaux fournis par lui, les plus intéressants sont : 1° le rameau *orbitaire*, 2° le rameau *vidien* ou *ptérigoïdien*, 3° les nerfs *alvéolo-dentaires.*

Dans les filets fournis par le rameau *orbitaire*, je remarquerai le *temporo-malaire* dont un filet se distribue à la peau de la joue, après avoir traversé l'os de la pommette.

Quant au nerf *vidien* qui pénètre dans le crâne par le trou déchiré antérieur, il fournit deux rameaux, l'un *carotidien* qui ne saurait nous intéresser, et l'autre *crânien*, dont l'étude est de la plus haute importance pour nous. Ce dernier rameau, qui a reçu le nom de *grand nerf pétreux superficiel*, s'anastomose avec le nerf facial dans le canal du même nom ; c'est à une petite distance du point de fusion de ces deux nerfs, que se détache la *corde du tympan.* Ce filet pétreux superficiel présente, suivant Arnold, tous les caractères des nerfs céphalo-rachidiens dont il a la blancheur et la résistance. Ainsi,

dans l'intérieur même de l'oreille, se trouve un rameau, assez considérable de la cinquième paire.

Les nerfs *alvéolo-dentaires* se distinguent en *postérieurs* et en *antérieurs ;* ils n'ont pas de point d'émergence bien évident pour nous, mais les filets dentaires qu'ils fournissent, méritent toute notre attention.

Je ne dirai qu'un mot des nerfs palatins et sphéno-palatins : on sait que les premiers se répandent principalement sur la voûte palatine et le voile du palais, et les autres, sur la partie postérieure des fosses nasales.

Terminaison du nerf maxillaire supérieur.—Immédiatement à sa sortie du canal sous-orbitaire, le nerf maxillaire supérieur s'épanouit en un grand nombre de filets qu'il envoie à la paupière inférieure, à la peau du nez, et à la lèvre supérieure : ces derniers rameaux se joignent si fréquemment à ceux du nerf facial, qu'on a donné à leur entrelacement le nom de plexus sous-orbitaire. Ainsi, dans ce dernier point, le nerf *devient superficiel* et est destiné à apporter la sensibilité dans une grande partie de l'étendue de la face.

3° *Maxillaire inférieur.* A sa sortie par le trou ovale et à son arrivée dans la fosse zygomatique, ce nerf fournit sept rameaux dont plusieurs méritent d'être étudiés attentivement.

1° Le nerf *temporal profond* spécialement destiné aux muscles.

2° Le *massétérin* qui se réfléchit sur l'échancrure sygmoïde de l'os maxillaire inférieur, et se perd dans les couches les plus profondes du muscle masséter.

3° Le nerf *buccal* ou *bucco-labial* qui fournit de nombreux rameaux à la région malaire et buccale, et qui va se terminer dans la peau et la muqueuse des lèvres.

4° Le nerf *auriculo-temporal* qui nous intéresse surtout dans sa branche *supérieure* ou *temporale*. Cette branche, après avoir contourné le côté postérieur du col du condyle, se porte verticalement en haut entre l'articulation et le conduit auditif externe, et devenue sous-cutanée, parvient à la partie la plus élevée de la fosse temporale. Derrière le col du condyle, elle fournit au nerf facial un rameau anastomotique très considérable qui mérite une attention toute particulière, car il s'unit aux divisions supérieures du nerf moteur, de manière à les accompagner jusqu'à leurs extrémités, et à se perdre avec elles dans la tempe, les environs de l'œil, la lèvre supérieure. Parmi les autres rameaux fournis par la branche temporale, il faut distinguer ceux qu'elle envoie au conduit auditif, au pavillon et au lobule de l'oreille, et ses anastomoses avec quelques ramuscules du plexus cervical.

5° *Le nerf lingual*. Ce qu'il nous importe le plus de remarquer dans la distribution de ce nerf, c'est qu'il émerge vers les bords de la langue, où il s'épuise en fournissant un grand nombre de filets qui s'épanouissent en pinceaux dans les papilles linguales.

6° *Nerf dentaire inférieur*. — Il commence à devenir intéressant pour nous, dans le canal dentaire qu'il parcourt dans toute son étendue. Chemin faisant, il donne un rameau à chaque racine des grosses et petites molaires. A sa sortie du trou mentonnier, il se divise en deux rameaux, 1° le dentaire incisif, qui fournit à la canine et aux deux incisives; 2° le *rameau mentonnier* qui va se perdre dans la peau du menton, et dans la peau et la muqueuse de la lèvre inférieure, en s'entrelaçant fréquemment avec le nerf facial.

Je passe sous silence le nerf *ptérygoïdien interne*.

§ II. Tableau des points les plus remarquables.

En résumé, 1° les nerfs trijumaux ont, dans l'intérieur du crâne, une disposition analogue à celle des nerfs spinaux; 2° ils sortent de cette cavité par trois points principaux, qui sont l'orbite pour la branche ophthalmique, le canal sous-orbitaire pour le maxillaire supérieur, et la fosse zygomatique pour le maxillaire inférieur. Nous avons donc là trois centres d'où le nerf va répandre ses rameaux sur la face, la muqueuse buccale et la tête. Mais chacun de ces centres se divise bientôt en plusieurs autres qui sont pour nous, à proprement parler, les points d'émergence du nerf.

Ainsi, pour la *branche ophthalmique* nous avons, 1° le point d'émergence du nerf lacrymal à la partie externe de la paupière supérieure; il forme ce que nous appellerons le *point palpébral*; 2° le point d'émergence du nerf frontal, et principalement celui du frontal externe à sa sortie du trou sus-orbitaire; je lui donnerai le nom de *point sus-orbitaire*; 3° le point d'émergence du nerf nasal, moins bien déterminé que les autres, mais qui se trouve vers la partie supérieure du nez, un peu en dedans et au-dessous de l'angle interne de l'œil; il constitue le *point nasal*.

Le maxillaire supérieur présente 1° l'émersion du *temporo-malaire* vers la peau de la joue; 2° un point qui n'est pas caractérisé comme les autres par une émersion vers la peau, et qui n'en est pas moins remarquable parce qu'il constitue, dans l'intérieur de l'oreille, la présence d'un nerf d'une tout autre espèce que ceux qui occupent principalement cet organe: c'est l'union

du *grand nerf pétreux superficiel* avec le nerf facial, union qui donne lieu à la naissance de la corde du tympan ; je le désignerai par le nom de *point auriculaire interne ;* 3° l'émersion du *nerf alvéolo-dentaire* supérieur qu'on pourrait nommer *point dentaire supérieur.* Dans le reste du trajet des nerfs dentaires, on peut admettre un point particulier pour chaque racine des dents, mais ces points n'ont pas la même importance que les précédents ; 4° enfin, le point de terminaison du nerf maxillaire et son épanouissement à la sortie du trou sous-orbitaire lui-même; c'est le *point sous-orbitaire.*

Dans le *maxillaire inférieur*, nous avons à considérer 1° le massétérin dans le point où il se réfléchit sur l'échancrure sygmoïde, et forme là un *point temporo-maxillaire* ; 2° le nerf buccal qui n'a pas de point bien déterminé, mais qui vient se terminer dans la peau et la muqueuse des lèvres ; 3° le nerf auriculo-temporal, et surtout la branche temporale, qui forme, entre l'articulation temporo-maxillaire et le conduit auditif, un point d'émersion que je nommerai *auriculo-temporal.* La branche auriculaire n'a de remarquable pour nous, que son anastomose avec des rameaux du plexus cervical et les rameaux qu'elle envoie au lobule de l'oreille ; 4° dans le nerf lingual, nous trouvons un point d'émersion entre la glande sub-linguale et la langue, c'est le *point lingual ;* 5° enfin le nerf dentaire inférieur qui, profondément situé dans presque toute son étendue, vient émerger à la partie antérieure de l'os maxillaire inférieur, nous offre là un des points les plus remarquables ; c'est le *point mentonnier.*

Tels sont les divers points qu'il nous importait de considérer dans la distribution si compliquée de ces nerfs.

Je dois toutefois y en ajouter un qui n'est certainement pas le moins important, mais qui n'appartient pas exclusivement à une des divisions des nerfs trifaciaux, ni même à ces trois divisions réunies : je veux parler du point d'entrelacement de la branche frontale, avec la temporale superficielle et les nerfs grand et petit occipital. Il a son siége vers la partie postérieure de la suture sagittale, et presque immédiatement au-dessus de la bosse pariétale ; je le désignerai sous le nom de *point pariétal.*

§ III. Réflexions générales sur la distribution des nerfs trifaciaux.

Ce qui frappe d'abord dans cette distribution, ce sont les rapports intimes que les trois branches principales ont entre elles, depuis leur origine jusqu'à leur dernière terminaison. Nées de racines communes, elles ont ensuite des destinations spéciales ; mais leurs nombreux points de contact, dans presque toutes les parties de la tête, rendent impossible leur distinction en nerfs particuliers. Chacune de ces branches se trouve ainsi solidaire des deux autres.

Je n'ai point, jusqu'à présent, fait entrer dans ma description anatomique la disposition du nerf facial. Des discussions approfondies ont eu lieu, dans ces derniers temps, sur la question de savoir si ce nerf pouvait être affecté de névralgie : c'est là un point de controverse que je ne pourrai aborder qu'après avoir étudié les divers cas soumis à mon observation. Mais pour qu'on puisse bien saisir, dans mon indication des points douloureux de la névralgie de la face, ceux qui appartiennent

réellement aux nerfs trifaciaux, et ceux qui pourraient être regardés comme ayant leur siége dans le nerf facial, je vais, en peu de mots, exposer les principaux points de distribution de ce dernier nerf.

§ IV. Quelques considérations sur la distribution du nerf trifacial.

Ce nerf émerge par *un seul point* qui est le trou stylo-mastoïdien. Il ne devient réellement superficiel qu'après avoir traversé la parotide; c'est donc là que nous devons placer son véritable point d'émergence. Ensuite, il est presque constamment superficiel, et couvre de ses nombreuses divisions, la tempe, la face et la partie supérieure du cou. Ses principaux points de terminaison sont la tempe, l'orbite, la bouche et la région sus-hyoïdienne; mais, même dans ces parties, nous ne retrouvons aucun de ces points bien déterminés qui sont si nombreux dans les nerfs précédents. Il suffit de cette indication succincte, pour que nous puissions, plus tard, reconnaître le siége véritable de la douleur, dans ces deux ordres de nerfs unis entre eux d'une manière en apparence si inextricable.

Art. III. — Description générale, ou tableau de la maladie.

Fréquence et causes. — Il est difficile d'exprimer d'une manière exacte la *fréquence* de la névralgie de la face; cependant, d'après les observations que j'ai rassemblées, et d'après celles qui sont éparses dans la science, la névralgie trifaciale paraît devoir être placée, sous ce rapport, après les névralgies dorso-intercostale et sciatique. On ne possède que bien peu d'exemples de cette affec-

tion chez les enfants ; de cent vingt-trois cas réunis par M. Chaponnière, deux seulement existaient chez des enfants de un à dix ans, et douze chez des sujets au-dessous de vingt ans. Les quatre périodes de dix ans comprises entre vingt et soixante, sont les plus sujettes à cette maladie : le nombre des cas se trouve réparti à peu près également dans chacune d'elles. La névralgie trifaciale se rencontre un peu plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, mais la différence est très peu considérable. Chez les femmes, cette maladie se développe, quoique dans une faible proportion, un peu plus fréquemment avant l'âge de trente ans, tandis que le contraire a lieu chez les hommes. Aucune constitution n'y paraît plus particulièrement exposée. De toutes les espèces de tempéraments, c'est le tempérament nerveux qui a été le plus souvent observé. Chez la majorité des femmes dont je possède l'histoire, la menstruation avait éprouvé quelque altération, soit dans sa régularité, soit dans son abondance; mais souvent les troubles de cette fonction étaient postérieurs à l'apparition de la maladie, et par conséquent, pouvaient en être regardés non comme la cause, mais comme l'effet.

Dans le plus grand nombre des cas, le genre d'habitation et de nourriture n'a paru avoir aucune influence sur la maladie. Les divers excès, les professions, l'hérédité ne semblent pas en avoir eu davantage. Parmi les maladies antécédentes, celles qui ont été les plus nombreuses et les plus remarquables, avaient pour siége le système nerveux, ce qui vient à l'appui de ce que j'ai dit du tempérament nerveux. Jamais la névralgie ne s'est développée d'une manière évidente à la

suite d'une métastase. Rien n'a pu donner lieu de croire qu'elle était due au vice syphilitique. Elle s'est montrée bien plus fréquemment dans les mois froids de l'année que dans tous les autres, et parmi les causes occasionnelles, l'action du froid a été la plus fréquente. Bien rarement, la maladie a suivi de très près une suppression subite des règles. Les auteurs ont cité quelques cas où elle avait pour cause une violence extérieure ; je n'en ai point vu d'exemple. Jamais je ne l'ai vue se produire sous l'influence de la carie des dents : cependant, on en cite quelques exemples incontestables. Les symptômes de coryza étant quelquefois liés à l'existence de la névralgie trifaciale, on pourrait croire que l'inflammation de la membrane des fosses nasales est une des causes occasionnelles de cette maladie; mais il faut se garder de prendre l'effet pour la cause.

Siége. — Cette affection a siégé à très peu près aussi souvent à droite qu'à gauche ; très rarement elle était double. Cependant, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, des cas authentiques de ce genre ont été constatés. Le plus ordinairement, les douleurs se faisaient sentir dans plusieurs rameaux des trois principales branches du nerf trifacial ; lorsqu'une branche était exclusivement atteinte, c'était la maxillaire inférieure, en sorte que de toutes les espèces particulières qui ont été admises par les auteurs, la névralgie du nerf dentaire inférieur est la mieux établie. Lorsqu'on désigne la névralgie trifaciale sous le nom de névralgie frontale, sus-orbitaire, sous-orbitaire, etc., il faut entendre, ainsi que l'ont fait remarquer plusieurs auteurs récents, une névralgie qui a son principal siége dans un de ces rameaux, mais qui s'étend le plus souvent à d'autres.

Symptômes. — La douleur spontanée dans cette névralgie, comme dans toutes les autres, doit être distinguée en deux espèces: l'une qui est fixe, gravative, contusive; l'autre qui ne se fait sentir que par moments, et qui est lancinante. La première, dans les observations que j'ai analysées, n'occupait point tout le trajet des nerfs, mais elle se trouvait disséminée dans divers points des trois principales branches qui le composent. Les plus remarquables étaient les suivants : 1° le point *sus-orbitaire*, immédiatement à la sortie du nerf frontal; 2° le point *palpébral*, le plus souvent, sur la paupière supérieure; 3° le point *nasal* à la partie supérieure et latérale du nez; 4° le point *sous-orbitaire* qui siége à l'extrémité antérieure de ce canal, et qui est un peu moins fréquent que le point sus-orbitaire; 5° le point *malaire*, ordinairement au bord inférieur de cet os; il est beaucoup plus rare que les précédents; 6° le point *dentaire ou alvéolaire*, moins bien circonscrit; 7° le point *labial* assez rare; 8° les points *palatin* et *lingual* plus rares encore; 9° le point *temporal* moins bien étudié que les points sus et sous-orbitaires, et dont l'importance n'a pas été suffisamment appréciée par les auteurs; 10° le point *mentonnier*, si bien circonscrit à la sortie du nerf dentaire inférieur, et que je n'ai jamais vu manquer dans la névralgie de ce nerf; 11° enfin le point *pariétal* qui n'appartient pas exclusivement à la névralgie trifaciale, puisque nous le retrouverons dans la névralgie *cervico-occipitale*, et qui siége au confluent des trois nerfs frontal, temporal superficiel et sous-occipital. Très rarement, ces points existaient tous ensemble; mais, dans la grande majorité des cas, on en trouvait au moins un dans chacune des trois branches du nerf; dans quelques

cas légers, au contraire, on n'en rencontrait qu'un seul.

Ces points doivent être considérés comme des *foyers de douleur* très propres à caractériser la névralgie. C'était là, en effet, que se manifestait la *douleur à la pression*, qui souvent existait dans des points extrêmement limités, de telle sorte qu'à une distance de quelques millimètres, on pouvait trouver : ici, une douleur très vive; là, une absence complète de douleur. Il suffisait, dans un assez grand nombre de cas, de presser très légèrement, pour déterminer la douleur la plus aiguë ; mais je n'ai jamais vu qu'on donnât lieu à un effet contraire, en exerçant une pression forte; bien loin de là, la douleur devenait alors tout-à-fait intolérable. Pour que l'exploration soit bien faite, il faut que la pression soit exercée avec l'extrémité du doigt. Rarement j'ai fait naître une douleur à la pression dans les intervalles des points indiqués; ceux-ci, dans tous les cas, étaient beaucoup plus douloureux que le reste de l'étendue du nerf. On les trouvait presque constamment dans les endroits mêmes où les malades accusaient une douleur spontanée. La très grande majorité des sujets éprouvait pendant la mastication, la déglutition, et quelquefois dans l'action de se moucher, les mouvements de la tête, de l'œil, etc., un redoublement notable dans l'intensité des douleurs.

Il y avait, en outre, des *élancements* violents revenant à des intervalles variables; suivant ordinairement le trajet des nerfs; quelquefois se portant dans une direction opposée ou parcourant plusieurs trajets différents, et quelquefois aussi, se produisant dans plusieurs points à la fois, sans communiquer entre eux. Des sensations très diverses existaient en même temps. Ainsi, les uns

ressentaient une chaleur brûlante, une douleur déchirante, perforante, d'arrachement, un sentiment de tension; d'autres comparaient leur douleur à une étincelle électrique, à un tiraillement, à un pincement, etc.; quelques uns éprouvaient une espèce de frisson borné aux parties malades. Par leur retour à diverses heures de la journée, ces douleurs vives formaient, le plus souvent, des accès périodiques, ou irréguliers.

Quelquefois, l'état des organes dans lesquels viennent se rendre les branches du nerf trijumeau était altéré; c'est ainsi que, chez un nombre peu considérable de sujets, la photophobie, le larmoiement et la rougeur de l'œil existaient ensemble ou séparément; plus rarement, il y avait, du côté du nez, de la chaleur et un écoulement de mucosités; quelques malades éprouvaient des bourdonnements et des sifflements d'oreilles; d'autres ressentaient une douleur dans les bulbes des cheveux; aucun n'était tourmenté par une véritable odontalgie. Ces symptômes ne se manifestaient que dans les cas les plus graves. Il en était de même des convulsions, des contorsions, des spasmes, des tremblements de la face; et si quelques auteurs ont pu penser que ces phénomènes sont assez constants pour caractériser la maladie et lui mériter le nom de tic douloureux, c'est qu'ils n'ont point tenu compte des cas légers. Je ne connais aucun exemple authentique d'atrophie ou d'hypertrophie de la face, par suite d'une névralgie de cette région.

On trouvait dans cette affection plus rarement que dans la plupart des autres du même genre, des complications de douleurs de nature également névralgique; ces complications avaient leur siége à la partie postérieure de la tête, dans les lombes, dans les parois de la

poitrine, dans le nerf sciatique. Je n'ai point observé, dans les cas que j'ai recueillis, de douleurs de nature évidemment rhumatismale.

Jamais je ne constatai la moindre lésion des fonctions respiratoires qui parût avoir quelque rapport avec la névralgie. Chez un certain nombre de sujets, les fonctions digestives présentèrent, dans le cours de l'affection, quelques altérations très légères, de courte durée, et qui, le plus souvent, se développèrent, non sous l'influence des douleurs nerveuses, mais sous celle du traitement. Bien rarement il y eut un très faible mouvement fébrile, et plus rarement encore on put supposer qu'il était lié à l'existence de la névralgie de manière à lui donner le caractère d'une fièvre larvée : diagnostic que ne confirma pas le traitement. Dans la grande majorité des cas, les femmes présentèrent pendant le temps qu'elles furent soumises à l'observation, des menstrues moins abondantes et moins régulières que dans l'état de santé. La sécrétion et l'excrétion de l'urine n'offrirent rien de remarquable.

Marche de la maladie. — Le *début* de la maladie était rarement brusque ; le plus souvent, la douleur acquérait lentement son plus haut degré d'intensité. L'intermittence des accès était ordinairement très irrégulière ; dans le petit nombre de cas où il y eut une périodicité marquée, l'insuccès du sulfate de quinine vint assez fréquemment montrer qu'il n'y avait réellement pas de fièvre intermittente. Les exacerbations avaient lieu à peu près également la nuit et le jour ; elles se produisaient bien plus souvent lorsqu'il y avait un abaissement sensible de la température, que sous l'influence de toute autre cause appréciable.

La *durée* de la maladie était extrêmement variable, et une moyenne fondée sur des nombres si différents ne saurait être d'aucune utilité. L'affection se dissipait graduellement comme elle s'était développée. Elle ne s'est jamais terminée par la mort, mais dans plusieurs cas, heureusement assez rares, elle a passé à l'état chronique, et tous les remèdes ont échoué contre elle. Des *récidives* ont eu lieu chez près de la moitié des sujets.

Les *lésions anatomiques* signalées par les auteurs ne sauraient être considérées comme caractéristiques de la névralgie qui nous occupe ; dans aucun des cas où les signes de la maladie ont été indiqués d'une manière incontestable, on n'a trouvé d'altération organique de quelque importance.

Je ne mentionnerai pas les diverses théories des auteurs sur la maladie ; elles sont toutes réduites à néant par l'étude des faits. De même que les autres maladies du même genre qui seront décrites plus loin, la névralgie trifaciale doit être considérée comme une lésion de fonction dont nous ignorons entièrement la cause organique.

Diagnostic. — Les caractères qui ont été assignés, plus haut, à cette affection, la feront distinguer facilement de toutes celles qui peuvent occuper, comme elle, un côté de la face. De plus, ces dernières maladies nous fournissent des signes distinctifs particuliers. Ainsi, dans la fluxion des joues, nous avons à noter le gonflement, la rougeur de la face et la diffusion de la douleur ; dans l'odontalgie, la douleur vive occasionnée par le contact d'un corps dur sur la dent cariée ; dans l'inflammation du sinus maxillaire, l'inflammation préalable des fosses nasales et l'absence d'élan-

cements; dans la douleur de l'articulation temporo-maxillaire, de vives souffrances pendant les mouvements, et un calme complet dans l'immobilité. Quant à la migraine et au clou hystérique, plusieurs raisons me portent à croire que, presque toujours pour la première, et constamment pour le second, on doit admettre l'existence d'une véritable névralgie.

Il serait inutile de chercher à distinguer la névralgie trifaciale de celle du nerf facial, puisque, comme on le verra plus loin, aucun fait ne prouve d'une manière évidente que la névralgie ait réellement existé dans le nerf moteur de la face. Les cas qu'on a donnés comme exemples de névralgie du nerf facial, appartiennent presque tous à la névralgie cervico-occipitale, dont l'histoire viendra après celle-ci.

Pronostic. — Le pronostic est favorable dans les cas de névralgie récente, et surtout lorsqu'on a de fortes raisons de croire qu'il existe une fièvre larvée. Lorsqu'on laisse la maladie s'invétérer, elle devient ordinairement rebelle. Dans quelques cas, elle a résisté à tous les moyens, bien qu'elle fût récente et peu étendue. On doit toujours redouter les récidives.

Traitement. — L'emploi du sulfate de quinine, lorsque les accès sont périodiques, est naturellement indiqué; mais, sans qu'on puisse en trouver la raison dans la forme des symptômes, ce médicament a échoué dans près de la moitié des cas. Les succès les plus prompts, dus à une médication peu douloureuse et ne laissant à sa suite aucune difformité, sont ceux qui ont été obtenus par M. Magendie, à l'aide de l'électricité; mais dans le petit nombre de cas où j'ai pu mettre en usage ce mode de traitement, je n'en ai point obtenu d'heureux effets.

Les pilules de Méglin comptent de véritables succès, mais elles n'ont pas été suffisamment et convenablement employées par d'autres que par leur inventeur. La résection du nerf a été suivie de succès entre les mains de M. A. Bérard. Il faut en dire autant de la cautérisation profonde et de la cautérisation transcurrente : la première employée par André, Boyer et plusieurs autres, et la seconde par M. Jobert. Mais ces moyens ne sauraient être mis en usage que quand on en a inutilement employé de plus doux.

Les vésicatoires, soit simples, soit pansés avec des médicaments narcotiques, ont paru avoir quelquefois du succès, mais ils ont été employés trop rarement, et leur mode d'action ne peut pas être assez bien déterminé pour qu'on puisse regarder leur efficacité comme rigoureusement démontrée. Cependant, chez un certain nombre de sujets que j'ai pu traiter par les vésicatoires volants, le résultat a été très avantageux, ce qui me donne une grande confiance dans ce moyen.

Le sous-carbonate de fer n'a point eu réellement, dans les cas que j'ai rassemblés, les heureux effets qu'on lui a attribués en Angleterre. Les narcotiques, pris à l'intérieur, n'ont point guéri la maladie. Les émissions sanguines ont été toujours inutiles, et ont paru quelquefois nuisibles.

Les individus qui ont eu une première attaque de névralgie trifaciale doivent se garantir du froid, éviter les courants d'air, et préserver surtout leur tête de tout refroidissement prolongé. Il n'est pas d'autres moyens prophylactiques qu'on puisse leur conseiller avec quelque raison.

Art. IV. — Symptômes.

Section Ire. Douleurs dans le trajet des nerfs trifaciaux.

§ Ier. Siége de la douleur.

Si nous examinons, d'abord, le côté de la face occupé par la névralgie, nous trouvons, en ayant égard à des récidives qui ont eu lieu chez trois sujets, quarante-six cas propres à éclairer la question. La proportion a été la suivante :

A droite.	23 fois.
A gauche.	21
Des deux côtés.	2
Total. . .	46

On voit, par là, que les deux côtés de la face ont montré une égale prédisposition à contracter la névralgie. Je ferai aussi remarquer le petit nombre des névralgies doubles : dans aucune autre des affections du même genre on n'en rencontre une aussi faible proportion.

Que si, examinant les faits sous un autre point de vue, nous considérons l'intensité relativement au côté, trente-neuf faits peuvent nous servir à éclairer cette question. Voici le tableau qui résulte de leur examen.

COTÉ.	DOULEUR VIVE.	TRÈS VIVE.	PROPORTION.
Gauche.	4	12	4/5
Droit.	5	18	6/7

D'après ce tableau, la violence de la douleur paraît atteindre plus fréquemment son maximum à droite.

qu'à gauche; mais, vu le petit nombre des cas, je ne donne ce résultat que comme renseignement.

On sera peut-être étonné de n'avoir pas trouvé, parmi ces faits, des exemples de névralgies légères; mais, outre que dans quelques unes de ces névralgies qui n'avaient que des symptômes faibles, quoique bien caractérisés, le siége n'a point été noté, il faut remarquer que, dans plusieurs cas, malgré son peu d'intensité, l'affection acquit, à une certaine époque de sa durée, assez de violence pour être rangée parmi les névralgies offrant une douleur vive. Je n'ai point cherché un plus haut degré de précision, qui dans la question qu'il s'agissait de résoudre, était évidemment inutile. En somme, nous n'avons qu'une faible raison de croire que la névralgie trifaciale affecte quelque préférence pour le côté droit de la face.

§ II. Divers points douloureux dans le trajet des nerfs trifaciaux.

Pour mettre plus d'ordre dans ma description, je diviserai le siége des douleurs en trois parties principales, correspondant à la division générale du nerf trifacial. Cette division n'est pas néanmoins bien rigoureuse; cela tient à la fusion qui a lieu, dans certains points, entre les rameaux des trois branches principales. Ainsi, par exemple, je trouve au-dessus de la bosse pariétale, un point douloureux dont le siége ne peut pas être placé dans la branche ophthalmique, plutôt que dans la branche maxillaire inférieure. Je dirai même plus: dans certains cas, bien qu'il y ait évidemment une névralgie de la cinquième paire, le point douloureux dont il s'agit peut appartenir aussi bien au nerf sous-occipital, qu'aux deux précédents. Cela s'explique par les nombreux contacts qu'ont entre elles, dans ce point, les trois branches nerveuses. Mais il n'en est

pas moins vrai de dire que, le plus souvent, on peut assigner d'une manière rigoureuse à chacune des trois grandes divisions du nerf, les points douloureux signalés par l'observation. C'est ce qui va ressortir de la description suivante.

Toutes les observations que j'ai réunies ne peuvent pas me servir pour l'étude de ces points douloureux ; on le concevra sans peine, si l'on a lu quelques unes de celles qui ont été publiées, même dans les meilleures monographies. Les auteurs se bornent si souvent à indiquer, d'une manière générale, les divisions du nerf, ou une partie considérable de la face, comme le siége des douleurs, que je me verrai plus d'une fois réduit à mes propres observations.

A. *Points douloureux dans le trajet de la branche ophthalmique.* 1° *Trou sus-orbitaire.* — Dans les quatorze observations que j'ai recueillies ou qui m'ont été communiquées par M. Cossy, je vois qu'une douleur s'est fait sentir, au niveau du trou sus-orbitaire, onze fois; une seule fois, elle avait une étendue de plus de deux à trois centimètres. Les malades indiquaient très positivement le point douloureux et son étendue.

Dans les observations que j'ai empruntées aux auteurs, le siége précis de la douleur est moins bien indiqué; cependant je trouve cinq cas dans lesquels il est positivement dit que les malades éprouvaient, dans l'arcade sourcilière, deux espèces de douleur dont il sera question en détail plus loin ; l'une était contusive, sourde, permanente, l'autre au contraire se manifestait par des élancements.

Dans deux autres cas observés par moi, la douleur n'existait pas immédiatement au niveau du trou sus-

orbitaire, mais un peu plus haut, toujours dans la direction du nerf frontal; l'espace qu'elle occupait était plus haut que large, et avait de un à deux centimètres d'étendue. Je lis, dans les auteurs, plusieurs observations où un des côtés du front est signalé, sans plus de précision, comme le siége de la douleur.

Le point qui vient d'être décrit, et qui est un des plus remarquables de la névralgie trifaciale, prend naturellement le nom de *point sus-orbitaire*.

2° Chez deux sujets, le pourtour de l'orbite lui-même, ainsi que la paupière supérieure, offrait un point douloureux moins circonscrit que le précédent; l'un de ces sujets ne présentait pas, en même temps, de douleur au niveau du trou sus-orbitaire. Dans trois cas empruntés aux auteurs (1), un point semblable est indiqué d'une manière vague; je l'appellerai *point palpébral*. Il siége principalement sur le trajet du filet palpébral du rameau nasal de l'ophthalmique.

3° Le côté du nez présentait à sa partie supérieure un point douloureux assez vif chez trois sujets, qui tous en offraient aussi dans un des endroits précédemment indiqués. Ce point, très circonscrit, avait son maximum d'intensité un peu au-dessous et en dedans du grand angle de l'œil. Les observations que j'ai empruntées aux auteurs, signalent ce point qui doit recevoir le nom de *point nasal*, dans seize cas; mais ils n'en indiquent pas les limites.

4° Plusieurs malades se plaignaient, d'une manière

(1) Je commence toujours par donner l'analyse de mes quatorze observations, et lorsque je cite ensuite *celles des auteurs*, je veux parler des trente-deux que j'ai rassemblées et dont l'analyse a servi à cet ouvrage. J'ai dû me contenter de cette simple désignation pour abréger. Il suffit d'en prévenir le lecteur.

moins précise, de douleurs dans le globe oculaire lui-même. L'un d'eux n'offrait aucun des points précédents, en sorte qu'en le joignant à ceux qui nous ont déjà présenté des points douloureux, sur quatorze sujets nous en avons treize dont une des divisions de la branche ophthalmique a été évidemment affectée.

Dans huit des cas empruntés aux auteurs, l'existence de ce *point oculaire* est signalée, et cinq fois on la nota en l'absence de toute douleur dans les autres points occupés par la branche ophthalmique.

Tels sont les quatre points douloureux qui appartiennent en propre à la branche ophthalmique après sa sortie du crâne. Je n'ai pu, dans aucun cas, constater, d'une manière positive, l'existence d'une douleur quelconque dans la partie de cette branche renfermée, soit dans la boîte osseuse, soit dans la profondeur de l'orbite; ce n'est qu'au moment où ses rameaux deviennent superficiels, qu'ils sont envahis par la névralgie.

B. *Points douloureux dans le trajet de la branche maxillaire supérieure.* 1° *Trou sous-orbitaire.* — Une douleur contusive, plus ou moins vive, ne se faisait sentir dans le sommet de la fosse canine, que chez trois des quatorze sujets, en sorte que ce point douloureux n'a pas la même importance que les précédents. La même douleur a été indiquée, d'une manière assez précise, par les auteurs, dans six cas seulement, ce qui me porte à croire que la faible proportion que je viens de signaler, dans les cas soumis à mon observation, n'est pas un pur effet du hasard. Mais si ce point, qui prend naturellement le nom de *point sous-orbitaire*, n'est pas en première ligne sous le rapport de la fréquence, il n'en mérite pas moins de fixer notre attention à cause de son

siége si précis et correspondant si bien au point d'émergence du nerf. Son étendue était un peu plus considérable que celle des précédents ; elle variait, d'un à quatre ou cinq centimètres de diamètre.

2° *Pommette.* — Chez deux sujets observés par moi, un point douloureux très circonscrit correspondant au rameau malaire, a été indiqué avec précision. Il en est de même dans quatre observations prises dans les auteurs. Mais, dans plusieurs autres, la joue est indiquée vaguement comme le siége des douleurs, de l'étendue desquelles on ne peut pas se faire une juste idée. Le point que je viens de signaler doit recevoir le nom de *point malaire.*

3° *Dents et gencives.* — Quelquefois les gencives et les dents de la mâchoire supérieure ont été douloureuses, sans que les mêmes organes aient présenté des douleurs semblables dans la mâchoire inférieure ; j'en trouve sept exemples sur seize cas recueillis par moi ou pris dans les auteurs, et dans lesquels la douleur a été étudiée convenablement. Mais le siége de cette douleur n'était nullement circonscrit, et les malades indiquaient comme en étant affecté, tout un côté de la mâchoire. Dans neuf autres cas, la douleur ne paraissait pas plus limitée à une mâchoire qu'à l'autre ; elle était très vague et, ordinairement, très variable. Je ne parle point ici d'un sujet dont la névralgie était tout-à-fait bornée au nerf dentaire inférieur, il en sera question plus loin.

4° *Lèvre supérieure.* — Jamais la lèvre supérieure n'a été atteinte particulièrement par les douleurs, dans les cas que j'ai observés ; les auteurs citent deux exemples de ce fait, et dans deux autres cas, ils signalent une

douleur occupant les lèvres, sans indiquer l'une plutôt que l'autre. Ce *point labial* supérieur n'a donc qu'une faible importance.

5° *Palais.* — Je n'ai jamais non plus constaté de douleur dans la voûte palatine, ni le voile du palais; mais les auteurs en fournissent quatre exemples remarquables, parmi lesquels j'en signalerai surtout un rapporté dans l'ouvrage de Méglin (1). Il y avait, dans les moments de paroxysme, impossibilité d'articuler une parole; et la moitié droite du palais était très douloureuse, ainsi que la langue du même côté.

C. Points douloureux dans le trajet de la branche maxillaire inférieure. 1° *Tempe.* — Dans six cas, une douleur ordinairement vive, se faisait sentir à la partie inférieure de la région temporale, un peu au-devant de l'oreille; et dans tous ces cas, l'étendue du point douloureux n'excédait pas deux centimètres de diamètre.

Les auteurs n'ont indiqué que fort rarement (quatre fois) ce *point temporal;* il mérite cependant de fixer toute notre attention. Plusieurs rameaux nerveux viennent, en effet, se rendre dans la tempe; mais il n'en est point qui soit aussi volumineux et aussi superficiel que la branche temporale fournie par le maxillaire inférieur; c'est ce qui me fait regarder cette branche comme le véritable siége de la douleur, et je suis confirmé dans cette opinion, non seulement par l'analogie qui nous porte à admettre qu'un nerf superficiel, et fournissant de nombreux rameaux cutanés, est le siége de la névralgie, plutôt que des filets profonds destinés aux muscles,

(1) *Loc. cit.* — Observ. VII.

mais encore par un fait que j'ai actuellement sous les yeux, et qu'il ne m'a pas été possible de faire entrer dans cette analyse. Chez une jeune fille atteinte d'une maladie cérébrale et d'accès d'hystérie très intenses, il existe une névralgie de la face parfaitement caractérisée par les points douloureux sus et sous-orbitaires, nasal, mentonnier, etc., etc.; ces parties sont le siége d'élancements qui se portent de là dans les diverses ramifications du nerf. Le point temporal existe aussi d'une manière évidente, et son siége précis se trouve immédiatement au-devant du tragus, où il occupe environ un centimètre de hauteur. Il est positif, dans ce cas, que la douleur siége dans le temporal superficiel, au moment où il se dégage de la glande parotide.

2° *Articulation temporo-maxillaire.* — Un seul sujet a présenté un point douloureux bien marqué au niveau de cette articulation; il était affecté d'une névralgie du maxillaire inférieur, qui ne s'accompagnait d'aucune douleur dans les autres divisions des nerfs trijumeaux.

Les auteurs citent quelques faits semblables; mais comme, le plus souvent, ils ne fournissent pas tous les détails nécessaires, il n'est pas sûr que, chez quelques uns des sujets qu'ils ont observés, la névralgie n'eût pas son siége dans plusieurs rameaux à la fois. Il est fort possible que la prédominance des douleurs, dans le trajet du nerf dentaire inférieur, ait distrait leur attention.

3° *Trou mentonnier.* — Dans deux cas seulement, j'ai constaté l'existence d'un point douloureux très circonscrit à la sortie du nerf dentaire inférieur; mais chez trois sujets que j'ai examinés depuis, et qui ressentaient de la douleur dans presque tous les autres points précé-

demment indiqués, il en existait également une assez vive au niveau du trou mentonnier, et dans l'étendue de un à deux centimètres de diamètre.

Ce point n'est mentionné que trois fois dans les auteurs. Il est remarquable que chez tous les sujets qui m'ont offert ce *point mentonnier*, il y avait en même temps le point temporal décrit plus haut, ce qui est une nouvelle preuve que le siége réel de ce dernier est dans le nerf temporal superficiel ; car nous avons vu jusqu'ici que lorsqu'une des divisions des principales branches du nerf trijumeau présentait les signes d'une névralgie, les autres en étaient également atteintes.

4° *Langue.* — Dans une seule de mes observations, un des côtés de la langue était douloureux, sans qu'il fût possible de circonscrire exactement le siége de la douleur. Les auteurs ont cité quatre faits de ce genre, et dans tous ces cas, la névralgie, qui occupait un grand nombre des points précédents, avait un haut degré de violence.

5° *Lèvre inférieure.* — Il est remarquable que, dans le seul cas où j'ai rencontré la douleur de la langue, il y avait en même temps, dans la lèvre inférieure, un point douloureux rapproché du trou mentonnier. Ce fait me porte à croire que la douleur siégeait dans le nerf lingual, par les mêmes raisons qui ont été données plus haut à l'occasion du point temporal.

D. *Points douloureux siégeant dans les endroits où les branches des trijumeaux viennent s'anastomoser entre elles.* — Plusieurs des points que nous venons de décrire, et entre autres les points *nasal* et *labial*, pourraient être rapportés à cette division ; mais à la face, ce n'était pas vers l'extrémité des filets nerveux que la douleur se montrait à son summum d'intensité ;

c'était plutôt dans les points où les nerfs quittent les parties profondes pour se porter à la peau. Il n'en est pas de même d'un autre point douloureux dont j'ai déjà dit quelques mots, et qui est souvent remarquable par son acuité : c'est le *point pariétal*. A proprement parler, il est le seul qu'on puisse ranger dans cette catégorie; situé, le plus ordinairement, un peu au-dessus de la bosse pariétale, il occupe un espace plus ou moins circonscrit : trois centimètres au plus. Je l'ai rencontré dans la moitié des cas, c'est-à-dire sur sept individus ; mais je dois ajouter que, depuis que ces observations ont été prises, j'ai eu occasion de voir cinq malades qui le présentaient à un haut degré. On peut dire, d'une manière générale, que ce point douloureux n'a jamais manqué dans les névralgies de la face un peu violentes, abstraction faite, toutefois, des cas où la maladie siégeait uniquement dans le nerf dentaire inférieur.

Les auteurs n'ont noté son existence d'une manière précise que huit fois ; mais comme ils ont indiqué assez fréquemment un des côtés de la tête sans plus de détails, on doit penser que le défaut d'attention a pu, dans un bon nombre de cas, leur faire assigner une trop grande étendue au siége de la douleur.

§ III. De la division des névralgies de la face, suivant leur siége.

Chaussier, comme je l'ai déjà dit, a décrit presque autant de névralgies de la face, qu'il y a de rameaux un peu importants dans les nerfs trifaciaux. La plupart des auteurs, venus après lui, ont imité son exemple : cependant, plusieurs, dans ces derniers temps, et notamment M. Bérard, ont fait observer que la division de Chaussier ne doit pas être regardée comme très rigoureuse,

et que, lorsqu'on décrit une névralgie frontale, nasale, sous-orbitaire, il faut entendre que les nerfs de ce nom sont principalement et non exclusivement affectés. Mais cette proposition avait besoin d'être sanctionnée par l'analyse des faits. Voici ce que les miens m'ont appris à ce sujet.

La multiplicité des points douloureux décrits plus haut, devait déjà me faire penser que la maladie était, plus rarement qu'on ne le croit, bornée à un seul filet nerveux, ou même à une des trois branches principales du trijumeau. C'est, en effet, ce qui a lieu, comme on peut le voir par le tableau suivant, dressé d'après mes quatorze observations :

Points douloureux	dans les	3	brances (1),	7 fois.
—	dans	2	—	4
—	dans	1	—	3

Dix-sept cas empruntés aux auteurs et envisagés sous le même point de vue, donnent les proportions suivantes :

Points douloureux	dans les	3	branches,	17 fois.
—	dans	2	—	7
—	dans	1	—	7

Ces proportions sont à peu près semblables à celles que j'ai tirées des faits qui me sont propres; c'est là un résultat d'autant plus digne de remarque, que les auteurs n'ayant point leur attention fixée sur l'existence de points isolés dans les névralgies, ont dû être forcés, par l'évidence, à constater cette dissémination de la douleur. Si nous réunissons ces résultats provenant de sources différentes, voici les proportions générales que nous obtenons :

(1) L'ophthalmique, la maxillaire supérieure et la maxillaire inférieure.

Points douloureux dans les 3 branches,			24 fois.
—	dans	2 —	11
—	dans	1 seule	10
		Total. . .	45

Ce qui frappe d'abord, dans ce tableau, c'est la grande quantité de névralgies siégeant dans plusieurs branches du trifacial. En réunissant celles qui occupaient deux branches seulement à celles qui les avaient envahies toutes les trois, on voit que le nombre des névralgies bornées à une seule branche, est au nombre des névralgies plus étendues, comme deux à sept. Il est même possible que cette proportion soit encore trop forte; car, dans plusieurs cas fournis par les auteurs comme des exemples de névralgie frontale ou dentaire inférieure, rien ne prouve qu'on ait recherché, avec soin, la douleur, ailleurs que dans le trajet des nerfs principalement affectés.

Parmi les cas où la névralgie n'affectait qu'une seule branche, la maladie existait le plus souvent dans le nerf dentaire inférieur; alors, la douleur paraissait complétement indépendante, tandis que dans plusieurs cas de névralgie frontale, le malade éprouvait, par moments, quelques douleurs vagues qu'il n'était pas possible de localiser. Il faut conclure de là, qu'on pourrait, à la rigueur, faire une catégorie particulière des névralgies de la troisième branche; mais d'un autre côté, nous trouvons plusieurs cas dans lesquels, bien que la névralgie existât à un assez haut degré de violence et avec des caractères distincts, dans le nerf dentaire inférieur, les rameaux de l'ophthalmique et du maxillaire supérieur étaient occupés par une douleur non moins vive.

Examinons, maintenant, quel a été le point primi-

tivement envahi par la douleur. Parmi les observations que j'ai recueillies, treize seulement présentent, à cet égard, des détails assez circonstanciés. Jamais, dans ces treize cas, la douleur n'a commencé par la branche maxillaire supérieure; onze fois, elle a apparu d'abord au niveau du trou sus-orbitaire, ou sur les côtés du nez, ou dans la paupière supérieure; et deux fois, dans le trajet du nerf dentaire inférieur, où elle est restée fixée.

Je ne trouve, dans les auteurs, que neuf observations assez détaillées pour nous servir ici; dans les neuf cas, cinq fois la névralgie a commencé dans un des rameaux de la branche ophthalmique, et quatre fois dans le nerf dentaire inférieur, où elle est restée fixée, comme dans le cas précédent.

Il suit de tout ce qui précède, que les trois branches du nerf trifacial ont une liaison trop intime, même après leur sortie du crâne, pour être fréquemment affectées isolément. On ne saurait donc adopter, sans restriction, la division de Chaussier, qui d'abord séduit par sa précision et sa clarté, mais qui ne s'accorde pas parfaitement avec les résultats de l'observation. Il me paraît plus pratique de considérer la névralgie de la face comme une seule et même affection, dans quelque point du nerf trijumeau qu'elle ait son siége; cependant, on peut en admettre trois ordres, suivant que la douleur est plus vive dans telle ou telle de ses trois branches. Quant aux espèces particulières, les névralgies dentaire inférieure et frontale sont les seules qu'on pourrait reconnaître, en ne les regardant toutefois que comme de simples variétés qui ne méritent pas une description spéciale.

Les cas de névralgie bornée à une seule branche, sont

ordinairement légers, et ne durent que peu de jours. Rien ne prouve donc que si la maladie avait persisté et augmenté d'intensité, elle n'eût envahi les branches voisines, comme chez les autres sujets. On peut juger, par l'observation suivante, du peu de gravité des deux cas de névralgie de la branche ophthalmique, les seuls de ce genre que j'aie recueillis.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Névralgie sus-orbitaire paraissant liée à un trouble des fonctions digestives; disparition de la maladie sans traitement.

M. X..., ingénieur, âgé de vingt-six ans, a toujours joui d'une bonne santé. Il y a cinq ans, immédiatement après la suppression d'une blennorrhagie, il fut pris de douleurs vagues dans l'épaule. Dans cet état, il se rendit au bain froid. Pendant le bain, les douleurs augmentèrent graduellement; la nuit, elles furent intolérables, et s'accompagnèrent d'un mouvement fébrile intense. Le gonflement survint; les mouvements devinrent impossibles; l'articulation était douloureuse; on n'y découvrait pas de fluctuation sensible. L'arthrite mit dix jours à parcourir ses périodes, et fut traitée par les émissions sanguines locales et générales, les vésicatoires sur l'épaule, le calomel à l'intérieur. L'articulation conserva une roideur marquée, qui se dissipa graduellement au bout de trois mois. Jamais, avant la maladie actuelle, M. X... n'avait éprouvé de douleurs névralgiques.

Les parents de M. X... sont bien constitués. De temps en temps, sa mère est prise de douleurs lancinantes, mais fugaces, dans le trajet de quelques nerfs; son père, robuste et bien portant, eut il y a huit ans une douleur avec élancements dans l'oreille; il fut traité, avec succès, par la morphine appliquée sur la peau dépouillée de son épiderme.

Le malade est de taille moyenne; cheveux et barbe châtains, épais; peau un peu brune; peu d'embonpoint; nulle

trace de scrofules ; bonne constitution. — Nourriture toujours bonne, abondante ; habitation sèche, chaude et bien aérée.

Le 8 *décembre* 1840, il se lève bien portant. Il sort pour aller déjeûner, et fait une longue course contre un vent très froid. Il déjeûne avec peu d'appétit ; ne fait pas d'excès réel, mais mange et boit un peu plus qu'à l'ordinaire. La digestion ne s'opère que difficilement. — Le soir, il est pris d'une douleur siégeant au-dessus du trou sus-orbitaire du côté droit ; cette douleur, d'abord faible, augmente assez rapidement. La nuit, cependant, elle n'empêche pas le sommeil, qui est très bon.

9 *décembre*. — Au réveil, douleur aussi forte que la veille ; elle consiste en un sentiment de contusion ; elle est gravative, incommode. — Par la pression exercée, 5 à 6 millimètres au-dessus du trou sus-orbitaire, on fait naître une douleur assez vive, qui s'étend en haut sur le trajet du nerf frontal, dans la longueur de 15 millimètres environ. Il n'y a, dans ce point, ni rougeur, ni gonflement ; l'œil n'est ni rouge, ni larmoyant. — Des élancements qui reviennent tantôt une ou deux fois par minute, tantôt moins souvent, et à des intervalles irréguliers, se font sentir dans les points douloureux à la pression, et ne s'étendent pas au-delà. La douleur qu'ils causent, légère d'abord, augmente peu à peu, devient aiguë, puis cesse presque brusquement, pour se reproduire bientôt après, de la même manière. — Ces douleurs empêchent tout travail et inspirent de la tristesse.

Appétit presque nul ; un peu de dégoût ; pas de nausées ni de vomissements ; langue humide, souple, ayant sa coloration normale. Ventre souple ; selles régulières. — Pouls normal. — Ni chaleur, ni sueur. (*Tilleul ; poudre de Dower*, 0,3 *grammes*.)

10 *décembre*. — Les douleurs sont à peu près les mêmes. Même état des voies digestives. — La poudre prescrite n'a pas été prise. (*Même prescr.*)

11 *décembre*. — Ce matin, la douleur est un peu moins forte

et l'appétit un peu revenu. — Les élancements sont moins fréquents ; la douleur à la pression persiste dans le même point. — Le malade ne fait aucun traitement. — Reste *id.*

12 *décembre.* — Douleur presque nulle ; élancements très rares ; la douleur existe encore à la pression, mais elle est très légère. Appétit bon.

Les choses restent à peu près dans le même état pendant 24 ou 36 heures encore, au bout desquelles il n'existe plus aucune trace de la douleur ni du trouble des fonctions digestives.

Il est difficile de trouver un fait où la maladie se présente dans un plus grand état de simplicité. Quels sont, en effet, les symptômes? Une douleur contusive, circonscrite, occupant d'une manière bien précise une partie du trajet du nerf frontal, augmentant par la pression, et accompagnée d'élancements qui suivent les ramifications du nerf. D'abord faible, cette douleur va en augmentant, mais ne change point de place et ne s'étend pas au-delà de ses premières limites. En même temps, il y a un trouble marqué des digestions. Au bout de deux jours, la douleur commence à diminuer et disparaît bientôt sans traitement, ainsi que le trouble des fonctions digestives.

Voilà, certes, une névralgie de la cinquième paire qui aurait été complétement méconnue lorsqu'on croyait que pour établir sûrement le diagnostic, il fallait la réunion d'une douleur violente et de convulsions plus ou moins marquées dans un côté de la face. Il ne peut cependant rester aucun doute sur la nature de l'affection. Avec quelle autre serait-on exposé à la confondre? L'existence du trouble des fonctions digestives pourrait, au premier abord, faire regarder cette maladie

comme un simple embarras gastrique s'accompagnant d'une céphalalgie sus-orbitaire : symptôme ordinaire en pareil cas; mais, si nous remarquons que la douleur n'existait que d'un seul côté, qu'elle était très circonscrite, que le point douloureux se trouvait sur le trajet du nerf frontal, qu'il avait un siége propre à la névralgie de la face, et enfin, que les élancements qui venaient se joindre à la douleur contusive et permanente, suivaient une partie du trajet du nerf, l'exactitude du diagnostic nous paraîtra de toute évidence.

La maladie s'est terminée rapidement par la guérison, et cela, sans qu'on ait employé aucun des moyens usités en pareille circonstance. Le fait pourrait paraître extraordinaire, si l'on ne considérait que les cas de névralgie violente cités par les auteurs; mais, outre que, dans le courant de cet article, je ferai connaître d'autres faits semblables, on verra, dans la suite de cet ouvrage, qu'il n'est pas une seule espèce de névralgie qui n'en présente d'analogues. C'est, au reste, un sujet sur lequel j'aurai bien des fois occasion de revenir.

Y avait-il, chez ce malade, une liaison intime entre la douleur nerveuse et les troubles des fonctions digestives? On ne saurait en douter si l'on considère que la perte de l'appétit et le dégoût ont coïncidé avec l'apparition des premières douleurs, et que celles-ci n'ont commencé à diminuer qu'au moment où ces symptômes gastriques se sont amendés eux-mêmes. Mais, est-ce là ce qui arrive ordinairement dans les névralgies de la face? Il ne me sera possible de répondre à cette question qu'après avoir étudié l'état des diverses fonctions, dans cette maladie.

§ IV. Réflexions générales sur les divers points douloureux de la face.

En se rappelant les considérations anatomiques dans

lesquelles je suis entré, on voit qu'il existe une relation frappante entre les divers points douloureux, et les principales divisions des nerfs trijumeaux, à leur sortie du crâne. Ainsi, pour la branche ophthalmique, nous avons le point *sus-orbitaire* ou *frontal*, le *point nasal* et le *point oculaire* et *palpébral*; or, dans la description anatomique, j'ai signalé ces points comme étant occupés par les rameaux nerveux qui se rapprochent de la peau, et viennent se jeter dans cette membrane.

Il en est de même des *points sous-orbitaire*, *labial*, *dentaire supérieur* et *palatin* de la branche maxillaire supérieure; mais ici, les points sont moins bien circonscrits, et souvent le malade n'a que la conscience d'une douleur s'irradiant plus ou moins loin dans ces parties. La raison en est bien simple. Pour le *point sous-orbitaire*, par exemple, on sait que la division du nerf, à sa sortie du canal, est instantanée, et forme une houppe nerveuse qui se distribue aussitôt dans une assez grande étendue; pour les *points labial* et *palatin*, il n'y a pas de lieu d'émergence bien circonscrit; le rameau *malaire* seul se porte à la joue dans une étendue limitée, aussi le *point* douloureux de la *pommette* occupe-t-il un espace mieux déterminé que les précédents.

Dans la branche maxillaire inférieure, on trouve trois points bien distincts, ce sont le *temporo-maxillaire*, le *temporal* et le *mentonnier*. Dans quelles portions du nerf devons-nous placer le siége du temporo-maxillaire? Est-ce dans le nerf dentaire inférieur, ou dans le rameau massétérin? La profondeur à laquelle est situé le premier et la destination du second, rendent difficile une réponse précise à cette question; mais si nous remarquons que, jusqu'à présent, nous n'avons point trouvé de douleur circonscrite dans un nerf spécialement consacré aux

muscles, nous serons portés à placer le siége de la douleur dans l'origine du nerf dentaire. La mobilité de la mâchoire inférieure suffit pour rendre ce nerf accessible à la pression. Quant à sa situation profonde, l'objection n'est pas aussi forte qu'on pourrait le croire au premier abord; car dans le point dont il s'agit, il devient tout-à-coup beaucoup plus superficiel qu'il ne l'avait encore été, et commence à présider à la sensibilité de l'arcade dentaire inférieure, où se trouvent, comme on le sait, des organes très sensibles. Le *point temporal* n'a pas été, dans les observations que je possède, constaté avec autant de soin que les autres; d'après quelques faits qui sont maintenant sous mes yeux, et surtout un dont j'ai parlé plus haut, je suis porté à penser qu'on doit fréquemment le trouver à l'endroit où le nerf temporal superficiel se dégage de la parotide, pour monter le long du bord antérieur de l'oreille; l'observation ultérieure pourra seule nous éclairer à ce sujet. Le *point mentonnier* est celui qui est le mieux circonscrit, comme on devait s'y attendre d'après la disposition anatomique; en effet, c'est presque immédiatement sous la peau que les filets nerveux viennent émerger en masse, pour se porter, en très grande partie, à cette enveloppe membraneuse. Ce point est très important à cause de sa constance dans la névralgie qui affecte principalement le nerf dentaire inférieur. Enfin, je ferai remarquer que si le *point lingual* est moins bien déterminé que les trois précédents, on en trouve encore la raison dans une disposition anatomique analogue à celle qui a été signalée à l'occasion du point palatin.

Pour donner une idée plus précise, et de la multiplicité de ces points douloureux, et de leurs limites, je ne

saurais mieux faire que de présenter l'observation suivante.

DEUXIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie trifaciale du côté gauche, compliquée de névralgie intercostale.

Jacquemard, âgée de vingt-cinq ans, cuisinière, est entrée à l'hôpital Beaujon le 3 février 1840.

Le 18 janvier 1840, il se manifesta chez cette fille une éruption de rougeole ; le lendemain, elle fut reçue à l'hôpital, où son affection suivit sa marche ordinaire, et ne fut remarquable sous aucun rapport. Elle en sortit le 31 du même mois, bien portante, mangeant les 3/4 de la portion, et ne conservant qu'une toux très légère. Elle reprit ses occupations de cuisinière.

Le jour même de sa sortie, dans la soirée, sans s'être refroidie, sans avoir été mouillée, elle commença à éprouver de la douleur dans le côté gauche du front, et des bourdonnements douloureux dans l'oreille du même côté, sans surdité. En même temps, elle ressentit un point douloureux dans le côté gauche de la poitrine, en arrière, inférieurement, et dans un espace très circonscrit. Elle fut forcée de se coucher de bonne heure ; la nuit fut agitée et le sommeil presque nul, à cause des douleurs. Le lendemain matin, la bouche était mauvaise, amère ; il y avait de l'inappétence ; les douleurs persistaient. Dans le courant de la journée, elles s'étendirent au côté gauche du nez, à la pommette correspondante, à la commissure gauche des lèvres, à la moitié gauche des arcades dentaires supérieure et inférieure. Ces douleurs persistèrent les jours suivants, sans s'étendre davantage. Elles revenaient par accès qui ne présentaient rien de régulier ni dans leur retour, ni dans leur durée, mais qui, cependant, étaient plus fréquents la nuit que le jour. Pendant ces accès,

(1) Recueillie par M. Cossy, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis.

la malade était en proie à des douleurs vives, lancinantes, s'irradiant dans diverses directions, et ayant différents points de départ. Au front, les élancements partaient du tiers interne du sourcil, et de là, ils allaient en divergeant et en suivant une marche ascendante; sur le nez et la pommette, ils suivaient une marche inverse, ils étaient descendants, et avaient leur point de départ dans l'orbite; à la mâchoire inférieure, ils se portaient d'arrière en avant. L'œil gauche devenait larmoyant, et ne pouvait supporter l'impression de la lumière. La malade ignore si la vision de ce côté était troublée. Il se joignait à ces symptômes, des bourdonnements dans l'oreille gauche, rarement dans les deux. La fin de l'accès s'annonçait par la diminution graduelle des élancements et la cessation, ordinairement complète, de la photophobie et des bourdonnements d'oreille. Dans l'intervalle des accès, une douleur sourde, sans élancements marqués, occupait les points indiqués. La face n'était pas le siége de mouvements spasmodiques. — La malade continua à se livrer à ses occupations jusqu'au 3 février, jour de son entrée à l'hôpital, sans faire aucun traitement. — Elle dit avoir eu, il y a sept ans, dans la tête et la poitrine, des douleurs semblables à celles qu'elle éprouve aujourd'hui; mais ses souvenirs ne paraissent pas très précis à cet égard.

Etat actuel, 4 février. — Taille ordinaire, cheveux et sourcils noirs; œil brun, teint ordinairement bien coloré; embonpoint marqué; constitution forte. Intelligence en bon état.

Dans ce moment, la malade est dans l'intervalle des accès; sa figure est régulière, assez colorée, elle a son expression naturelle; il n'y a pas de différence dans la situation des sourcils, ni de défaut de symétrie dans les autres parties de la face. Il n'existe que quelques douleurs sourdes dans les points indiqués; elles sont plus vives et un peu lancinantes sur la pommette gauche. — La pression exercée sur la partie interne du sourcil gauche, augmente les douleurs, ce qui n'a pas lieu dans les autres points du front. La pression est éga-

lement douloureuse sur la pommette gauche jusqu'au bord inférieur de l'orbite. Les dents sont peu douloureuses en ce moment; mais l'effort que fait la malade pour les serrer, fait naître une sensation pénible dans la moitié gauche des arcades dentaires. La moitié gauche de la lèvre inférieure est aussi douloureuse à la pression. — Pas d'épiphora, ni de bruit dans les oreilles.

Douleur légère, augmentant par la pression, dans le côté gauche du thorax en arrière, dans une étendue qu'on peut recouvrir avec la pulpe du doigt. Ce point douloureux est situé dans le septième espace intercostal, à 4 centimètres environ des apophyses épineuses correspondantes. La douleur, depuis son apparition jusqu'à ce jour, n'a pas varié de siége, au dire de la malade. Comme celle de la face, elle est plus forte dans les accès, mais sans s'étendre, ni envoyer d'irradiations dans aucune direction.

La malade tousse encore un peu, à de longs intervalles. Elle expectore quelques crachats grisâtres. Poitrine large, bien conformée, sonore dans toute son étendue. La respiration est partout pure, vésiculaire, sans mélange de râle; elle a une égale force des deux côtés. Rien d'anormal du côté du cœur. Pouls à 90, médiocrement large; chaleur naturelle. Langue blanche, humide; peu de soif; inappétence; ventre bien conformé, indolent; pas de selles depuis l'entrée. —Règles régulières, venues, à leur dernière époque, le 20 janvier. (*Till., sir. de gom.*, 2 *pots.*; *Pot. gom. avec* 0,05 *gram. d'hydrochlorate de morphine. — Diète.*)

5 *février*.— Dans la journée d'hier, la malade n'a éprouvé que quelques élancements légers; mais pendant la nuit, les douleurs ont été très violentes. Elles avaient lieu dans les points indiqués, sauf le menton et les lèvres; de plus, elles occupaient, pour la première fois, la partie externe du sourcil gauche, en s'étendant vers l'oreille. —Les douleurs intercostales étaient aussi très vives et avaient le même caractère. Aujourd'hui, il n'y a presque pas de douleur.—La piqûre d'une

épingle se fait sentir beaucoup plus vivement à gauche de la ligne médiane du front, que sur le côté droit. Le reste *id.* (*Même prescrip.*; 0,05 *gram. hyd. morph.*)

6 *février.* — Hier, dans le courant de la journée, la malade a éprouvé sept accès qui n'ont présenté rien de régulier dans leur retour; leur durée a varié de dix minutes à plus d'un quart d'heure. Lors de ces accès, il y avait de la photophobie et un larmoiement considérable de l'œil gauche; les dents du même côté étaient très douloureuses, surtout quand elles étaient serrées; des bruits avaient lieu dans les deux oreilles : tantôt, c'était une sorte de sifflement; tantôt un bruit comparable à celui que produit le roulement d'une voiture pesamment chargée. Pour la première fois, la malade, hors de ses accès, a ressenti des picotements dans le côté gauche de la langue, aussi bien à la base qu'à la pointe. Dans l'intervalle des paroxysmes, il reste une douleur sourde occupant les points mentionnés. La nuit s'est passée dans la douleur; à peine la malade s'assoupissait-elle, qu'elle était réveillée en sursaut par des élancements. Les douleurs intercostales étaient bien moins vives que celles de la face. — Hier, on a remarqué que si on faisait fermer l'œil droit, le gauche se remplissait de larmes, et la vue s'obscurcissait; la contre-épreuve, sur l'œil gauche, n'amenait pas le même résultat.

Ce matin, il existe des douleurs sourdes, accompagnées d'élancements très rapprochés les uns des autres.

Une selle dure cette nuit; pas de soif; inappétence; chaleur naturelle. (0,05 *gr. hyd. morph. dans la potion; emplâtre de thériaque avec* 0,3 *gram. d'hyd. morph. pour recouvrir tout le côté gauche de la face.*)

7 *février.* — L'emplâtre n'a été appliqué, hier, qu'à quatre heures du soir. Dans la nuit, la malade a moins souffert qu'à l'ordinaire. (*Même prescrip.*, *plus un bain.*)

Dans la journée, il n'y a eu que cinq ou six accès, moins longs et moins douloureux que les jours précédents, et pen-

dant lesquels il n'y avait pas de douleur dans le front, mais seulement dans les autres points, y compris l'espace inter costal indiqué.

8 *février*. — Trois heures de sommeil environ cette nuit; quelques accès peu intenses, pendant l'un desquels la malade fut, un instant, complétement sourde de l'oreille gauche.

Aujourd'hui, moins de souffrance dans l'œil gauche. — Pas de fièvre. — Appétit léger, langue naturelle. Hier, une selle. (*Hydr. morph.* 0,07 *gr.; bain;* 2 *bouillons. L'emplâtre de thériaque est toujours en place.*)

Du 9 *au* 12. — Les accès sont devenus graduellement plus rares et plus légers; la malade est arrivée à un état de soulagement qu'elle n'a jamais éprouvé depuis son séjour à l'hôpital. La pression est toujours douloureuse dans les points indiqués. — Les douleurs du thorax ont suivi la même marche.

Les voies digestives sont en bon état, et la malade a de l'appétit. (*Le* 9, *l'emplâtre a été levé.* — *Le* 10, *on en place un semblable avec addition de* 0,5 *gr. d'hydr. de morphine.* — *Le* 11, *on a donné* 0,05 *gr. morph. dans la potion, au lieu de* 0,07. — *Le* 12, *le quart.*)

Du 13 *au* 15. — Les douleurs ont reparu avec une nouvelle intensité; les accès sont devenus plus vifs et plus fréquents, et la douleur du front, qui s'était dissipée depuis quelques jours, est revenue avec une certaine violence. — La douleur intercostale est presque nulle. — La malade ne s'est pas refroidie, et ne sait à quoi attribuer cette récrudescence du mal.

Rien de remarquable du côté des voies digestives et des autres organes. (*Le* 13, *l'emplâtre a été levé.* — *Le* 15, *il en a été appliqué un nouveau avec addition de* 0,6 *gram. d'hydr.morph.*)

16 *février*. — Hier, l'emplâtre n'a été appliqué qu'à cinq heures du soir. — La nuit a été très bonne. — Ce matin, à cinq heures, la malade a éprouvé des douleurs

très violentes jusqu'à sept heures; les élancemens du sourcil s'irradiaient non seulement en haut, mais encore vers le nez, et se joignaient à la douleur du trou sous-orbitaire. Il n'y a presque pas eu de douleur dans les dents. A présent, la malade est beaucoup mieux; le pouls est calme, la chaleur naturelle.

Du 17 *au* 23. — Les douleurs n'ont pas cessé de suivre une marche décroissante; les nuits sont bonnes; les accès sont peu fréquents et n'ont jamais une grande intensité, leur durée ne paraît pas s'élever à plus de dix minutes. Les élancements, quand ils ont lieu, siègent particulièrement au trou sous-orbitaire où la pression est douloureuse.

Les douleurs intercostales n'existent plus, même dans les fortes inspirations; mais la pression est encore pénible à supporter dans les points indiqués.

Toutes les fonctions sont en bon état. La malade attend ses règles. (*Eau de Seltz depuis le* 17; *le* 18, *infusion de petite centaurée; le* 20, 1 *pil. morph.*, *de* 0,02 *gr.; le* 21, 2 *pil.*, *et le* 23, *sangsues aux cuisses; le* 25, *le quart;* 2 *pil. morph.*)

26 *février*. — A trois heures du matin, apparition de douleurs lancinantes au-dessous de l'orbite, pendant un quart d'heure. — Maintenant, cette partie est très sensible à la pression.

Douleurs vagues dans les lombes et l'épigastre. — Pas de nausées ni de selles. Les règles n'ont pas paru. (*Sol. sir. gom.* 2 *pots;* 2 *pil. hyd. morph.*, *de* 0,02 *gr.; eau de Seltz; le quart.*)

Du 27 *février au* 1er *mars*. — Quelques accès légers d'une durée excessivement courte; ils ont lieu le plus souvent le matin. Les douleurs sont bornées au pourtour de l'orbite. — La névralgie intercostale est complétement dissipée.

Les règles n'ont point paru; toutes les autres fonctions sont en bon état. (*L'emplâtre de thériaque est enlevé.*)

2 *mars.* — Dans la nuit, quelques douleurs lancinantes, vagues et fugitives dans le côté gauche de la face.

Les jours suivants, aucun retour des douleurs. La malade sort complétement guérie le 7 *mars*, n'éprouvant plus de douleur en aucun point, soit spontanément, soit à la pression, et mangeant la demi-portion. — On n'a pas observé de sueurs, ni d'évacuations critiques appréciables.

Dans ce cas, dont tous les symptômes ont été si tranchés, il est évident que la névralgie a occupé les trois branches du nerf trijumeau du côté gauche, quoique avec une intensité très différente. Les points douloureux qui ont existé sur chacune d'elles, ne sauraient laisser aucun doute à cet égard. Cependant, d'après la division de Chaussier, on aurait dû ranger cette névralgie parmi les névralgies frontales ou sus-orbitaires. Mais ce qui prouve combien cette classification serait vicieuse pour ce cas, comme pour tant d'autres, c'est qu'à une époque de la maladie, les douleurs ont eu, par moment, leur *summum* d'intensité au niveau du trou sous-orbitaire, tandis que, dans le rameau frontal, elles étaient beaucoup diminuées.

Les trois espèces de douleur que j'ai signalées, ont existé, chez cette malade, d'une manière si distincte, et ont été décrites avec tant de soin par M. Cossy, qu'on peut donner ce fait comme un exemple frappant de cette co-existence de douleurs diverses. Mais des trois espèces de douleurs, celle qui était provoquée par la pression, me paraît devoir fixer plus particulièrement l'attention, bien que les accès d'élancements aient été d'une grande violence. Il y a eu, en effet, pendant le cours de la maladie, des jours d'un calme si grand, qu'on devait, ce semble, croire à une guérison prochaine ; mais l'intensité

de la douleur à la pression restait encore à peu près la même et, par conséquent, il y avait lieu de redouter le retour des violentes douleurs; c'est, en effet, ce qui est arrivé. Je n'ai plus besoin de faire observer combien ces considérations ajoutent de valeur à la douleur à la pression, sous le double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

Lors de la première apparition des symptômes névralgiques, la malade a éprouvé des troubles notables dans les fonctions digestives. Quel rapport existait-il entre la névralgie et ces troubles digestifs? Aucun moyen de traitement n'avait encore été employé; on ne doit point, par conséquent, attribuer ces symptômes à aucune influence thérapeutique. Il semble donc qu'on ne peut contester l'existence d'une liaison intime entre ces symptômes et ceux de la névralgie. Mais je ferai remarquer, sans nier complètement la possibilité de cette liaison qui a été constatée dans d'autres cas, que ces symptômes gastriques ont disparu dans le cours de l'affection, sans que celle-ci ait perdu beaucoup de son intensité, et qu'à l'époque de la recrudescence dont on se rappelle toute la violence, les fonctions digestives n'ont point été troublées comme au début. Au reste, la malade a guéri, sans qu'on ait dirigé aucun moyen contre les troubles digestifs.

Je ne dirai qu'un mot du traitement. Le remède qui a paru avoir le plus d'effet, est l'emplâtre de thériaque avec incorporation d'une quantité considérable d'hydrochlorate morphine (jusqu'à 0,6 gramm.); il y a eu un soulagement assez marqué toutes les fois qu'on en a appliqué un nouveau. En somme, la malade est restée plus d'un mois en traitement, et n'a guéri qu'après plusieurs retours de ses douleurs.

Je ne crois pas avoir trop longuement insisté sur la description des centres ou foyers de douleur, parce que dans la névralgie de la face, comme dans toutes les autres, c'est leur dissémination qui forme le véritable caractère de la maladie. Dans quelques cas, il est vrai, l'isolement de ces points n'est pas parfait, et les intervalles qui les séparent peuvent présenter, dans certains moments, une douleur plus ou moins marquée; mais les observateurs devront chercher la source de la douleur dans les lieux que j'ai indiqués, et lorsqu'on verra, dans les observations citées par les auteurs, tout un côté de la face assigné comme siége à la névralgie, on pourra être sûr que l'examen du malade n'a pas été fait avec toute l'attention désirable.

Maintenant que j'ai fait connaître, avec tous les détails nécessaires, les nombreux points douloureux qui caractérisent la névralgie trifaciale, je vais étudier séparément chacune des diverses espèces de douleur, car elles ont toutes une valeur qui leur est propre. Je les diviserai en deux groupes, dont le premier renfermera les *douleurs provoquées*, et le second les *douleurs spontanées*.

§ V. Douleurs provoquées.

Les auteurs ont généralement admis que, dans la majorité des cas, la pression, loin de déterminer de la douleur, apaisait au contraire celle qui se manifestait spontanément. Pour vérifier l'exactitude de cette proposition, j'examinerai, et les observations que j'ai recueillies moi-même, et celles que j'ai empruntées aux auteurs; car, parmi ces dernières, il en est un certain nombre qui viennent contredire l'opinion générale.

A. *Douleur à la pression.* — Chez les quatorze sujets qui ont été soumis à mon observation, la *douleur à la pression* a été *toujours* constatée dans un ou plusieurs des points signalés plus haut. Parmi ceux dont l'histoire a été recueillie par les auteurs, et qui sont au nombre de trente-deux, il en est quinze qui ont présenté le même symptôme. Cette proportion est considérable, et il faut que ces points douloureux à la pression aient été bien marqués, pour qu'ils aient été indiqués par des observateurs qui se contentaient de signaler vaguement des douleurs dans le trajet du nerf. Et peut-on douter qu'un examen attentif n'en eût fait découvrir une proportion encore plus grande?

On ne saurait donc prétendre que la constance des points *douloureux à la pression* dans les faits qui me sont propres, n'est qu'une simple coïncidence, et que j'ai cru à l'existence d'un signe qui n'existe pas réellement; car la différence d'exactitude apportée dans l'examen des malades par les auteurs et par moi, rend parfaitement compte de la différence des résultats. Une autre considération vient à l'appui de ce que j'avance: plus les observations présentent de détails et se font remarquer par leur exactitude, et plus souvent les points douloureux à la pression y sont indiqués.

Faut-il conclure de tout cela qu'il existe constamment, dans les névralgies de la face, des points plus ou moins douloureux à la pression? Peut-être se présentera-t-il à l'observation quelques faits où ce signe marquera; mais ces faits devront être regardés comme de véritables exceptions. Et quel est le symptôme, dans quelque maladie que ce soit, qui n'offre pas des exceptions de ce

genre? Au reste, c'est l'observation seule qui pourra nous éclairer à ce sujet.

Le symptôme dont il s'agit est trop important et trop peu connu, pour qu'il ne soit pas utile de présenter un exemple propre à en donner une idée précise.

TROISIÈME OBSERVATION.

Névralgie trifaciale gauche, plusieurs points douloureux à la pression.— Guérison.

O. Billaudel, brunisseuse, âgée de vingt ans; d'une taille un peu au-dessus de la moyenne; d'un embonpoint ordinaire; ayant la face colorée, la peau blanche et fine, et ne présentant aucune trace de scrofules, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 27 janvier 1839.

Tous ses parents sont bien portants, et ne sont sujets à aucune maladie nerveuse. Elle a toujours habité des logements secs et aérés; sa nourriture est depuis long-temps très irrégulière, elle mange rarement de la viande, ne boit pas de vin. Elle a notablement maigri depuis l'âge de quatorze ans, époque de sa première menstruation; elle était alors grasse et fraîche; ses règles s'établirent sans douleurs ni accidents. Elles revinrent régulièrement jusqu'à dix-huit ans; à cette époque, suppression instantanée causée par une frayeur : le lendemain, accablement, céphalalgie, oppression, malaise général, quelques flueurs blanches. Aux symptômes précédents, se joignit de la difficulté dans les digestions, etc. Le traitement consista en sangsues à l'épigastre et aux cuisses, sinapismes au dos, pédiluves sinapisés, diète lactée. Les menstrues se rétablirent au bout de deux mois, et furent régulières pendant vingt mois environ. Il y a dix-huit mois, première attaque d'hystérie causée par une frayeur. Il y a deux mois, nouvelle frayeur pendant l'écoulement des règles, qui se supprimèrent subitement. Après cinq ou six

jours, les menstrues n'ayant pas reparu, il se déclara au côté droit de la tête une douleur vive, lancinante, partant du trou sus-orbitaire droit, passant au-dessus de la bosse pariétale, et allant se terminer derrière l'oreille, à la partie supérieure du cou. Entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade y resta un mois, vers le milieu duquel, après un mouvement de colère, elle eut une forte attaque d'hystérie suivie de plusieurs autres, revenant à quatre ou cinq jours d'intervalle, et durant de trois quarts d'heure à une heure et demie. (*Sangsues à la vulve, éther, morphine, sulfate de quinine, sous-carbonate de fer.*) Elle quitta l'Hôtel-Dieu, toutes les fonctions en bon état; la menstruation n'était pas rétablie.

Quelque temps après, rentrée à l'hôpital, elle présenta les mêmes phénomènes; après vingt-six jours, elle en sortit parfaitement bien portante : les règles avaient reparu.

Après quinze jours passés chez elle en bonne santé, elle fut exposée, le 18 janvier, en revenant de son travail, à une forte pluie qui traversa tous ses vêtements, tandis que son corps était mouillé par une sueur abondante. Elle se coucha, et presque aussitôt survinrent les symptômes suivants : frissons violents, claquement des dents, tremblement des membres; sensation, dans toute la tête, d'un froid très vif, qui s'étendit bientôt à tout le corps, et qui dura une heure. A ce froid, succéda une forte chaleur générale, avec une légère sueur. La nuit, sommeil souvent interrompu; soif vive; urines abondantes. A trois heures du matin, sommeil paisible de deux heures, après lequel disparurent les douleurs des membres et l'accablement. A cinq heures du matin, la malade voulut se lever; nouveaux frissons qui l'en empêchèrent. Vers deux heures après midi, étourdissements, bluettes devant les yeux, bourdonnements et sifflements dans l'oreille gauche, avec diminution notable de l'ouïe de ce côté. Immédiatement après, sensation de chaleur vive dans le sourcil gauche (la névralgie s'était transportée de ce côté), se propageant vers la bosse pariétale, l'apophyse mastoïde, la partie

gauche inférieure et postérieure du cou. L'œil gauche était rouge et larmoyant. De semblables douleurs se renouvelèrent fréquemment depuis cette époque. La malade, quatre jours après, entra à l'hôpital, où pendant huit jours elle n'éprouva aucun soulagement. Le lendemain, rentrée dans la salle où j'observais, elle fut trouvée dans l'état suivant :

État actuel, 29 *janvier* 1839. — Face rouge et animée, yeux brillants ; chaleur un peu augmentée sur les joues et au front. Toutes les 4 minutes environ, il survient un petit accès douloureux qui dure de 1 à 2 minutes ; les douleurs sont précédées d'une sensation de chaleur le long du sourcil gauche ; elles s'accompagnent d'élancements qui reviennent coup sur coup, et partant toujours du trou sus-orbitaire, se portent en arrière, pour aller gagner la partie postérieure et inférieure du cou du même côté. Pour la première fois, la malade vient d'éprouver un élancement violent qui, partant de la tempe gauche, s'est dirigé vers le milieu de la mâchoire supérieure, au niveau des dents molaires, et s'est produit plusieurs fois. Elle presse le côté gauche de sa tête avec la main étendue, et il lui semble que cette pression la soulage ; les yeux ne sont ni rouges, ni larmoyants. Pendant le cours de ces petits accès, on observe de légers mouvements convulsifs des ailes du nez et de la commissure gauche des lèvres ; on aperçoit aussi sur le cou, dans le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche, des palpitations légères, trois fois plus fréquentes que les pulsations artérielles. Les douleurs sont parfois assez fortes pour arracher des cris à la malade.

Il existe une douleur vive à la pression au niveau du trou sus-orbitaire, et immédiatement au-dessus du sourcil gauche, dans l'étendue d'un centimètre environ. Dans un point très limité de l'extrémité externe du sourcil, on trouve également un point très douloureux, et un troisième derrière l'apophyse mastoïde, à l'insertion du trapèze. Lorsque l'on presse dans l'un de ces points, la douleur retentit dans les

autres. Sensibilité augmentée sur toute la partie supérieure du pariétal gauche; si l'on tire légèrement les cheveux, on occasionne une vive douleur de ce côté seulement; l'action de se peigner est également douloureuse à gauche.

L'examen de la poitrine fait constater, dans le côté gauche et dans les sixième et septième espaces intercostaux, l'existence de trois points douloureux à la pression, avec élancements vifs et une douleur sourde augmentée par les grandes inspirations, la toux et les mouvements du bras. Cette douleur qui est survenue pour la première fois dans la nuit d'avant-hier, a persisté avec la même intensité. Depuis quatre mois, la malade est sujette à des accès de dyspnée qui reviennent à des intervalles variables; elle offre tous les signes de l'emphysème pulmonaire.

Appétit bon; (du 24 au 28 il avait un peu diminué). Il existait aussi, depuis la même époque, des coliques peu intenses, accompagnées de quatre ou cinq selles liquides par jour. Hier, tous ces symptômes se sont dissipés; le ventre est souple et indolent, pas de selles depuis 24 heures; soif médiocre.

Chaleur naturelle; le pouls exploré pendant l'accès, donne 72 pulsations par minute; il est souple, régulier, sans dureté. Urines comme en santé. Il y a huit jours, les règles ont paru et ont cessé au bout d'une heure; quelques flueurs blanches, sans coloration particulière et sans odeur. (*Tilleul, sir. de gom.*; 2 *pil. de* 0,03 *gr. d'ext. d'op.*; 4 *pil. de* 0,1 *gr. de sous-carb. de fer; le* 1/4.)

Du 21 *janvier au* 4 *février.* — Les douleurs sont toujours très vives, avec des élancements violents beaucoup plus intenses vers la seconde moitié de la nuit et dans l'après midi. Celles de la poitrine n'ont point changé. La malade prend, outre les médicaments indiqués plus haut, 0,6 *gramm de sulfate de quinine* le 31 janv.; 0,9 *gramm.* le 1er fév.; 1,2 *gr.* le 2, et 1,5 *gramm.* le 3. Des nausées, des renvois

amers, quelques coliques, font renoncer, le 4, à l'emploi du sulfate de quinine, et l'on donne 3 *pilules de* 0,05 *gr. d'op.*; *till. et sous-carb. de fer continués.*

5 *février.*—Ce matin, il n'existait plus d'élancements; mais ils ont reparu de 9 à 10 heures, puis ont cessé pour revenir à midi. Depuis ce moment, ils se manifestent au moins deux fois dans un quart d'heure, et parcourent le trajet indiqué. La face est rouge, animée; les joues et le front sont chauds; l'œil n'est ni rouge ni larmoyant. La pression est toujours très douloureuse au niveau du trou sus-orbitaire, moins dans la fosse canine; elle l'est à un haut degré depuis l'attache supérieure du trapèze, jusqu'à l'angle supérieur et interne du scapulum. L'action de se moucher réveille la douleur.

Appétit bon; une selle; matières dures, avec un peu de sang. (*Id.*, *plus un emplâtre de thériaque*, *avec addit. de* 0,5 *gramme d'op. brut.*, *au-dessus du sourcil.*)

7 *février.*—Hier, 2 heures après l'application de l'emplâtre, les élancements ont augmenté de violence et de fréquence; ils revenaient à chaque instant. Cet état s'est prolongé depuis 6 heures du soir jusqu'à 5 heures du matin; toute la nuit s'est passée sans sommeil; l'œil était larmoyant, et la malade entendait des sifflements dans l'oreille gauche. Aujourd'hui, on a appliqué un vésicatoire au-dessus du sourcil, il a causé peu de douleur et n'a point déterminé d'exacerbation. Les douleurs intercostales ont conservé leur caractère; seulement, elles ont un peu diminué d'intensité. Pas de selles; appétit modéré. (*Lim.*, *sir. gom.*; *carb. fer*, *supprimé*; *reste id.*)

9 *février.*—A minuit, violente attaque d'hystérie qui a duré au moins 2 heures, et pendant laquelle la malade est tombée de son lit; dans sa chute le nez a porté, et il y a eu une épistaxis. Immédiatement après l'attaque, elle a éprouvé de vives douleurs dans la tête, ainsi que dans le nerf intercostal. Le matin, elles avaient beaucoup diminué; une heure après, elles disparurent complètement et ne sont pas revenues

depuis. Dans ce moment, la malade éprouve des picotements dans l'œil et autour du sourcil; quand elle penche la tête, la douleur se fait sentir autour du vésicatoire. (*Id.*)

Du 9 *au* 14. — Aucun changement appréciable. Depuis le 9, on a porté l'*extrait d'opium à la dose de* 25 *centigr. en* 3 *pilules.*

14 *février.* — Le vésicatoire a été pansé avec la pommade épispastique; les douleurs qu'il cause sont faibles. Il n'y a eu, cette nuit, ni exaspération des douleurs, ni élancements. La pression donne toujours les mêmes résultats, soit à la tête, soit à la poitrine. Appétit bon; deux selles liquides, sans coliques; ventre souple, indolent. Hier au soir, les règles ont paru sans douleur; elles coulent bien.

16 *février.* — Hier matin, après le pansement des vésicatoires, et l'arrachement de quelques lambeaux d'épiderme, ce qui a causé des douleurs très vives, violente attaque d'hystérie pendant trois quarts d'heure; les douleurs ont repris leurs exacerbations accoutumées. On a administré immédiatement 0,6 *gram. de sulfate de quinine.* La nuit, nouvelle attaque d'hystérie, après laquelle les règles se sont arrêtées. Cette attaque a été suivie de quelques élancements peu intenses, qui ont complétement disparu. La douleur à la pression n'existe plus qu'au niveau du trou sus-orbitaire. Aucun changement dans les douleurs intercostales. Une selle sans coliques; le reste *idem.*

Jusqu'au 19, aucun changement appréciable. Le *sulfate de quinine administré à la dose de* 6 *à* 12 *décigr.*, est donné chaque jour depuis le 14, conjointement avec 3 *pilules d'ext. d'op. de* 0,03 *gr.*

21 *février.* — Hier, la malade était parfaitement bien; elle n'éprouvait aucun élancement, pouvait se baisser et courir sans voir renaître la douleur; aujourd'hui, ces mouvements réveillent les élancements. Il y a de la douleur à la pression au niveau des trous sus et sous-orbitaires, ainsi que derrière l'apophyse mastoïde; depuis cette nuit seulement,

il en existe au-dessous du conduit auditif externe, et la pression exercée dans ce point produit une douleur qui va retentir dans les autres. (*Même prescript.*)

24 *février*. — Les douleurs ont repris leur ancienne violence, elles reviennent par accès longs et douloureux. Tantôt les élancements partis du trou sus-orbitaire gagnent l'apophyse mastoïde, en contournant le côté gauche de la tête, et tantôt ils se portent du trou sous-orbitaire à la région malaire. La pression est très douloureuse dans les trois points indiqués. Langue humide, naturelle; quelques coliques, pas de selles, ventre assez souple, un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. (*On supprime le sulfate de quinine, et l'on ordonne 3 pil. de datur. stram., de* 0,02 *gr. chacune.*)

26 *février*. — Depuis hier, la malade n'a ressenti aucun élancement, aucune douleur. Dans les points sus et sous-orbitaires et mastoïdien, la douleur à la pression est diminuée au moins de moitié. Les douleurs intercostales n'existent plus dans les grandes inspirations ni dans la toux; une forte pression les réveille à un faible degré. Appétit bon, pouls à 76, souple, régulier. (*Lim. sir. gom; 3 pil. dat. stram., de* 0,02 *gr.; la demie.*)

Du 27 *février au* 6 *mars*. — Les douleurs, à part quelques légères exacerbations, se sont maintenues à un degré assez faible; la malade a eu deux attaques d'hystérie, après l'une desquelles la névralgie s'est notablement exaspérée. Les douleurs acquéraient alors les mêmes caractères qu'elles présentaient au début de la maladie. Après ces attaques, il est resté à la malade un sentiment de fatigue et de faiblesse générale. (*Même prescription.*)

7 *mars*.—Il n'y a plus d'élancements dans la tête; la pression est encore douloureuse au niveau du trou sus-orbitaire, mais moitié moins que les jours précédents; elle est plus faible encore derrière l'apophyse mastoïde, et n'existe nulle part ailleurs. Depuis hier, et sans cause connue, les douleurs

intercostales ont pris une nouvelle intensité. Pouls à 80, souple, régulier. — Appétit bon, une selle naturelle. (*Id.*, *plus ventouses scarifiées sur la poitrine.*)

Du 8 *au* 13 *mars.* — Les élancements ne se sont pas reproduits; la douleur à la pression n'existe plus qu'au trou sus-orbitaire, et à un très faible degré; les douleurs intercostales conservent une violence très grande et nécessitent l'application d'un moxa dans le point vertébral. La malade a eu une forte attaque d'hystérie.

15 *mars.* — Nulle douleur, soit spontanément, soit à la pression dans les points indiqués plus haut. La névralgie intercostale, qui conserve une grande intensité, retient encore pendant plus de quinze jours la malade à l'hôpital, mais les symptômes de névralgie trifaciale ne se reproduisent plus. Plusieurs mois après, cette jeune fille ne s'était pas représentée.

Cette observation, si intéressante par ses récidives, ne l'est pas moins par le nombre des points douloureux, par la violence de la douleur à la pression et par le début de la névralgie. La douleur a occupé presque tous les principaux points dont la multiplicité augmentait avec l'intensité de la maladie.

On a vu que la malade cherchait à diminuer ses souffrances en appuyant son front sur sa main largement ouverte; c'est sans doute des essais semblables qui ont fait dire que la pression diminuait les douleurs, loin de les exaspérer. Mais une exploration plus attentive faisait bientôt reconnaître l'erreur de cette manière d'interpréter le fait. Qu'on appliquât, même légèrement, l'extrémité du doigt indicateur au point de sortie du nerf frontal, et la malade retirait aussitôt sa tête en arrière, en donnant les signes de la plus vive douleur; et si on voulait insister et presser plus fortement, sa souffrance devenait telle-

ment intolérable, qu'elle faisait les plus grands efforts pour se dégager. Mais ce point douloureux n'avait qu'un centimètre d'étendue ; il fallait presser justement dans ces limites, pour produire le phénomène, car quelques millimètres au-delà, la pression la plus forte n'avait plus aucun résultat. Comme dans le cas précédent, la douleur à la pression s'est dissipée la dernière, et les progrès vers la guérison n'ont été bien sensibles que lorsqu'elle a commencé à diminuer, car tant qu'elle a conconservé son intensité, il y a eu de fréquentes recrudescences.

Le début de la maladie a été, ai-je dit, remarquable. C'est, en effet, très peu de temps après avoir été mouillée, le corps étant en sueur, que cette fille a éprouvé des symptômes névralgiques portés tout-à-coup à un haut degré d'intensité. Avant le moment où les douleurs se sont si vivement produites, il avait existé des symptômes de malaise, d'agitation, et un trouble général des fonctions, qui peuvent être regardés comme des prodrômes, circonstance qui n'est pas la moins digne de remarque ; car il est extrêmement rare que les choses se passent de cette manière.

La malade, très irritable, avait un tempérament éminemment nerveux, comme le prouvent les attaques d'hystérie qui ont joué un rôle assez important dans sa maladie, puisque après chaque attaque, la névralgie prenait une nouvelle intensité. J'ai, en ce moment, sous les yeux, deux cas analogues.

Pendant assez long-temps, les exacerbations ont eu lieu à des intervalles assez réguliers pour qu'on pût croire à l'existence d'une fièvre larvée. Mais l'emploi infructueux du sulfate de quinine donné à haute dose (jusqu'à

1, 5 gramm.), est venu prouver que cette opinion n'était point fondée, quelque plausible qu'elle fût. Nous retrouverons bien des cas semblables. Quant à l'effet des autres moyens de traitement, c'est une question qui ne peut être agitée ici, parce qu'elle demande un certain nombre de faits pour être résolue d'une manière satisfaisante.

Les points dans lesquels la pression était douloureuse, étaient presque toujours les mêmes que ceux où les malades ressentaient une douleur spontanée. Il y avait néanmoins quelques cas dans lesquels la douleur spontanée et la douleur à la pression existaient indépendamment l'une de l'autre, au moins dans un certain nombre de points.

Le tableau suivant en fera connaître la proportion. Il est dressé d'après trente-cinq faits seulement, y compris les quatorze observés par moi; ce sont les seuls qui m'aient fourni des renseignements suffisants à cet égard.

DOULEUR.	NOMBRE DES CAS.
Douleur spontanée et douleur à la pression réunies dans le même point.	26 fois ou dans les 3/4 des cas
Douleur à la pression sans douleur spontanée.	4
Douleur spontanée sans douleur à la pression.	5
Total.	35

Ce tableau est, comme on le voit, très significatif ; le nombre des cas dans lesquels la pression n'était pas douloureuse là où se faisait sentir spontanément une vive souffrance, est en effet très borné. Mais cette proportion sera encore regardée comme trop forte, si l'on remarque que dans tous les cas recueillis par moi, et où j'ai, avec un soin extrême, recherché l'existence de l'une et de l'autre espèce de douleur, je les ai constamment trouvées réunies dans les mêmes points. Rien ne prouve, au contraire, que les auteurs aient apporté le même soin dans l'examen de leurs malades. La plupart de leurs observations étant prises pour faire connaître les résultats d'un traitement particulier, ils s'arrêtaient ordinairement, dans leur exploration, dès qu'ils jugeaient que le diagnostic était positif.

On ne devra jamais négliger d'exercer la pression, de la manière que j'ai indiquée précédemment, sur tous les points où le malade accusera de la douleur ; on le devra d'autant moins, que l'on obtient par ce moyen, un des signes les plus caractéristiques de la névralgie trifaciale, comme de toutes les autres névralgies. J'ai dit que la douleur paraissait disséminée dans diverses parties du trajet des nerfs ; or, à l'aide de la pression, j'ai pu non seulement constater, d'une manière précise, le siége de cette douleur disséminée, mais encore en découvrir les limites exactes.

Même dans les cas où, dans un point donné, on déterminait une douleur très violente par une pression légère, le plus souvent, une pression très forte n'en déterminait aucune à une très petite distance de ses limites. Quant à l'intensité de la douleur sous la pression, elle variait beaucoup, suivant les cas. Chez la plupart des

sujets, il suffisait de toucher légèrement la peau pour occasionner une souffrance très vive ; chez d'autres, au contraire, il fallait une assez forte pression, mais il était facile de s'assurer que la sensibilité du point pressé était réellement exaltée, car sur le point correspondant du côté opposé, une pression beaucoup plus forte ne produisait pas le même effet.

Plusieurs auteurs ont néanmoins avancé, comme j'en ai déjà fait la remarque, que la pression, et surtout la pression forte, au lieu d'augmenter la douleur, la calmait plus ou moins notablement ; mais il faut avoir égard à la manière dont la pression est exercée. Il est fort possible, en effet, que des frictions sur les gencives, sur la mâchoire inférieure, une large pression sur l'œil avec la paume de la main, tous faits rapportés par les auteurs, et dont je viens de donner moi-même un exemple, (observ. III), aient diminué la sensation douloureuse éprouvée par les malades ; tandis qu'une pression circonscrite, avec l'extrémité du doigt, l'aurait exagérée dans les mêmes points. Ces faits ne peuvent donc être objectés à tout ce qui vient d'être dit, et l'importance de la douleur à la pression, dans la névralgie trifaciale comme dans toutes les autres, ne saurait être mise un instant en doute.

B. *Douleurs provoquées par les mouvements*, *la mastication, la déglutition, etc., etc.* — 1° *Mastication.* Les douleurs n'ont été augmentées ou réveillées par la mastication que chez huit sujets ; deux faisaient partie de ceux dont j'ai pris l'histoire, les autres ont été observés par les auteurs qui n'ont point ordinairement recherché ce symptôme, car deux fois seulement ils en ont fait mention d'une manière négative. Les névralgies dont ces huit

malades étaient affectés, avaient leur siége principal : cinq fois dans la branche ophthalmique, et trois fois dans la maxillaire inférieure; mais il faut noter que, parmi les cinq premiers cas, il n'en était aucun où l'on ne constatât des douleurs dans les ramifications des nerfs maxillaires, en sorte que jamais la mastication n'a été douloureuse sans que quelque rameau de l'un des nerfs maxillaires, ou des deux à la fois, n'ait été atteint par la névralgie. Quelquefois, cette douleur était telle, que les malades pouvaient à peine ouvrir la bouche, et étaient réduits à se nourrir d'aliments liquides. Chez plusieurs de ces sujets, il suffisait d'un mouvement de mastication, pour provoquer des paroxysmes douloureux très violents, et même des convulsions de la face.

2° *Déglutition.* Huit sujets encore ont ressenti de la douleur pendant la déglutition ; de ce nombre, trois n'en éprouvaient pas pendant la mastication, de sorte que nous trouvons onze sujets chez lesquels un de ces deux actes exagérait ou réveillait la douleur. Si, maintenant, nous recherchons dans quelle branche la névralgie avait son siége principal, nous voyons que c'était : quatre fois dans le nerf maxillaire inférieur, une fois dans le maxillaire supérieur, et trois fois dans la branche ophthalmique. Mais, comme pour les cas précédents, il faut observer que, dans les trois derniers, la douleur s'étendait à plusieurs rameaux du nerf maxillaire supérieur, et les réflexions que j'ai faites à propos de la douleur causée par la mastication, s'appliquent parfaitement à celle dont il s'agit ici.

3° *Mouvements de la tête.* Deux sujets seulement sur les quatorze que j'ai observés, présentaient ce symptôme; chez eux, la névralgie occupait principalement les ra-

meaux de la branche ophthalmique, mais elle s'étendait ordinairement à des rameaux de la maxillaire supérieure, et même à des ramifications du nerf sous-occipital et des premiers cervicaux. C'est très probablement à cette extension de la douleur vers la partie postérieure du cou qu'on doit attribuer les douleurs causées par les mouvements de la tête. Un seul exemple de ce genre est cité par les auteurs, mais il faut dire qu'ils ont presque constamment négligé de rechercher ce symptôme.

4° *Action de se moucher, éternuement.* Cinq fois sur quatorze, ces actes, non seulement exagéraient la douleur, mais même provoquaient des élancements et des crises violentes ; dans tous ces cas, la névralgie avait son siége principal dans les rameaux de la branche ophthalmique, et le filet nasal était le siége d'une douleur violente. Je ne trouve que deux exemples semblables dans les auteurs.

5° *Mouvements du tronc, marche.* Quelquefois, la sensibilité était tellement exaltée, que les grands mouvements du tronc, ou les secousses produites par la marche venaient douloureusement retentir dans le lieu occupé par la névralgie. J'ai vu cinq cas de ce genre, et j'en ai trouvé un mentionné dans les auteurs. Dans tous, la maladie avait un haut degré de violence. La névralgie siégeait principalement dans la branche ophthalmique, et chez tous les sujets qui m'ont présenté ce symptôme, la douleur se propageait en contournant la tête par-dessus la bosse pariétale, jusqu'à la partie postérieure du cou.

6° *Mouvements de l'œil et de la langue.* Enfin, dans deux cas, il suffisait d'un simple mouvement de l'œil ou de la langue pour réveiller la douleur dans les points

oculaire, *lingual* ou *palatin*, qui étaient principalement affectés.

Une réflexion générale peut s'appliquer à toutes ces espèces de douleurs provoquées. On a vu, en effet, d'une part, que ces symptômes n'avaient lieu que dans une minorité plus ou moins considérable des cas, et de l'autre, qu'ils n'existaient que chez des sujets dont la maladie avait un assez haut degré d'intensité; il en résulte qu'on ne saurait les regarder comme essentiellement caractéristiques, mais que néanmoins ils peuvent servir à faire apprécier assez bien le degré de violence de l'affection. Remarquons, au reste, que les douleurs provoquées par les divers mouvements mentionnés plus haut se faisaient toujours sentir dans les *points* dont j'ai donné l'indication précise. C'est donc une nouvelle preuve que ces *points*, véritables centres ou foyers de douleur, constituent le principal caractère de la maladie.

§ VI. Douleurs spontanées.

A. *Douleur contusive et continue.* — Cette espèce de douleur, qu'on trouve dans toutes les névralgies, est surtout remarquable dans la névralgie trifaciale. Les malades se plaignaient beaucoup de l'incommodité qu'ils en éprouvaient. Bien moins violente que celle qui était occasionnée par les élancements, elle était beaucoup plus insupportable à cause de sa persistance. La plupart des sujets la comparaient à une forte pression. Elle se faisait sentir dans les différents points qui ont été signalés plus haut, et les malades en indiquaient parfaitement le siége. Cependant, bien qu'ils fissent connaître, positivement, que ces points plus ou moins éloignés les uns des autres étaient seuls affectés, la sensation dou-

loureuse qu'ils éprouvaient s'étendait un peu au-delà des limites reconnues par la pression. Cette douleur était, en général, en rapport direct avec la violence de la maladie et avec la vivacité des élancements ou des autres douleurs qui vont être décrites.

B. *Élancements.* — A la douleur continue s'en joignait, dans certains moments, une autre d'un genre bien différent, et qui, lorsqu'elle existait à un degré un peu considérable, attirait presque exclusivement l'attention des malades. C'était une douleur intermittente, revenant à des intervalles extrêmement variés, durant ordinairement très peu de temps, et comparée, par les divers sujets, à des sensations très diverses. Les uns lui donnaient le nom d'*élancements*, de *picotements*, de *tiraillements douloureux*; les autres de *battements*, de *piqûre*, de *brûlure*, d'*éclairs*, etc. Toutes ces sensations sont évidemment de la même nature; elles ont, d'ailleurs, un caractère commun très remarquable, c'est l'intermittence. Je vais donc les décrire sous un même titre, ne réservant que les sensations qui avaient un caractère tout particulier.

Il n'est pas un seul des quatorze sujets dont j'ai recueilli l'histoire qui n'ait éprouvé quelqu'une des douleurs dont il est question. Mais ils ne les éprouvaient pas tous, dès le début même de l'affection. Dix seulement ont accusé avec précision l'existence de ce symptôme à l'époque même de l'invasion. Vers la fin de la maladie, il n'y avait plus que huit sujets qui se plaignissent de cette douleur, tandis que la névralgie était encore caractérisée, et par la douleur permanente, et par la douleur à la pression. On voit par là que l'existence des élancements n'est point absolument nécessaire pour

la sûreté du diagnostic; mais que, cependant, c'est un symptôme fort important à cause non seulement de sa fréquence, mais de ses caractères particuliers le plus ordinairement très différents de ce que nous observons dans les autres maladies douloureuses.

Le rapport direct qui a existé entre les élancements et l'intensité de la maladie, ressort manifestement des faits qui viennent d'être exposés. En effet, 1° nous voyons que les élancements peuvent manquer au commencement et à la fin de l'affection, c'est-à-dire lorsque celle-ci n'est point à son plus haut degré de violence, mais que, dès qu'elle y est parvenue, ils ne manquent jamais; et 2° c'est précisément dans les cas légers que les élancements se sont produits le plus tard.

J'ai voulu voir si, dans les observations des auteurs, je trouverais une confirmation des résultats précédents, mais l'époque de l'apparition des élancements y est indiquée d'une manière si peu précise, qu'il m'a été impossible d'en tirer aucune conclusion positive.

Ces élancements avaient un point de départ qui n'était pas toujours le même; mais, dans quelque endroit de la face qu'ils prissent leur source, c'était toujours dans un des points douloureux précédemment signalés. Tantôt, la douleur lancinante parcourait une étendue plus ou moins considérable, en se portant d'un de ces points à l'autre; tantôt, au contraire, elle se faisait sentir dans plusieurs de ces points à la fois, sans paraître traverser leurs intervalles. Dans ce dernier cas, elle se produisait ordinairement d'une manière graduelle, acquérait plus ou moins rapidement son *summum* d'intensité, et finissait par disparaître presque instantanément. Dans le premier cas, au contraire, l'élancement

apparaissait d'une manière brusque et se dissipait de même.

Le trajet parcouru par cette espèce de douleur n'était pas toujours le même, comme on peut le voir par le tableau suivant, dressé d'après mes quatorze observations et douze de celles que je dois aux auteurs : les seules qui fournissent des renseignements à cet égard.

ÉLANCEMENTS.	NOMBRE DES CAS		
	d'après mes observations.	d'après les observations des auteurs.	Total.
Élancements suivant le trajet du nerf (1).	11	5	16
Élancements dans une direction opposée au trajet du nerf (2).	1	3	4
Élancements suivant plusieurs trajets différents.	1	1	2
Élancements fixes et disséminés.	1	3	4

De ce tableau, il résulte qu'il en est de la névralgie faciale comme des autres névralgies, dans lesquelles les douleurs sont loin de suivre toujours le trajet du nerf.

J'ai vu même des cas ou l'élancement, né dans un nerf, allait retentir dans le nerf du côté opposé. Ainsi, chez un sujet qui avait des élancements violents dans le sourcil et dans la profondeur de l'oreille du côté gau-

(1) Analogues de la *névralgie descendante* dans les nerfs des membres.
(2) Analogues de la *névralgie ascendante* des membres.

che, au moment même où la douleur lancinante se faisait sentir dans ces parties, il y avait une sensation de fourmillement sur la bosse pariétale du côté opposé, et un instant après, un véritable élancement très court. Ce phénomène ne se produisait pas toutes les fois que les élancements avaient lieu dans le côté malade, mais à de longs intervalles, pendant lesquels le côté droit ne ressentait aucune espèce de douleur, tandis qu'il existait une douleur permanente du côté gauche.

Ces faits prouvent qu'il ne faut pas accorder un trop haut degré d'importance à la direction des élancements; il est bien plus intéressant de rechercher quels sont les points précis d'où ils partent et où ils retentissent. J'aurai occasion de revenir sur cette proposition lorsqu'il s'agira de savoir s'il existe réellement une névralgie du nerf facial.

J'ai dit que des douleurs lancinantes avaient existé, à une certaine époque de la maladie, chez tous les sujets que j'ai observés ; il est facile de voir qu'il en a été de même dans tous les cas cités par les auteurs, bien que les expressions dont ils se sont servis soient très diverses. Il y avait, en effet, des douleurs présentant un caractère d'acuité plus ou moins remarquable, n'existant pas constamment, mais revenant d'une manière plus ou moins brusque, et à des intervalles variables. Je reviendrai sur les diverses variétés de cette douleur au paragraphe suivant.

Dans le plus grand nombre des cas, les élancements n'avaient point lieu avec la même violence à toutes les époques de la journée ; ils acquéraient un degré de fréquence et d'intensité plus ou moins considérables, à différentes heures du jour et de la nuit, et constituaient alors ces *ac-*

cès sur lesquels les auteurs ont tant insisté, et que je décrirai avec soin, lorsque j'étudierai la marche de la maladie.

L'étendue des élancements était très variable. Très souvent ils parcouraient presque toute la circonférence de la tête d'avant en arrière; tandis que, dans deux cas soumis à mon observation, ils étaient fixés dans un point très limité du nerf frontal (obs. 1 et 9). On peut dire, en général, qu'il y avait un rapport direct entre l'étendue, la violence et la fréquence des élancements, et l'intensité de la maladie. Toutefois, on doit admettre quelques exceptions relativement à l'étendue et à la fréquence; je n'en citerai, pour exemple, qu'un cas dans lequel des élancements rares et bornés au pourtour de l'orbite, mais très violents, existaient chez une vieille femme dont l'affection a résisté à toutes les médications, et a acquis le plus haut degré d'intensité sans qu'il y ait eu de changements notables dans le nombre et l'étendue des douleurs lancinantes. Dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire trente-trois fois sur quarante-six, les élancements n'avaient lieu que spontanément; dans les autres, ils étaient provoqués par des causes très variées : ainsi, dans deux, il suffisait d'un simple mouvement; dans quatre, l'action de parler, de tousser et de manger avait le même effet; d'autres malades sentaient leurs élancements se réveiller pendant la déglutition, par suite du contact des arcades dentaires, de l'ingestion d'une boisson froide, et même de simples émotions, ou d'un léger accès de colère (une fois). Au reste, chez ces sujets, il y avait, outre ces élancements provoqués, des élancements spontanés qui se produisaient ordinairement avec plus de fréquence et de violence que chez les autres. Dans

un cas, il suffisait de presser sur un point douloureux, pour exciter un élancement qui allait retentir dans les points les plus éloignés. J'ai eu occasion d'observer plusieurs fois le même fait sur des malades dont il ne m'a pas été possible de recueillir l'observation.

C. *Sensations diverses.* — La douleur lancinante a, dans certains cas, un caractère tellement particulier, qu'il n'est pas sans intérêt d'en faire connaître les principales nuances. Quelques sujets (sept) se plaignaient d'éprouver une sensation *brûlante* dans le trajet parcouru par les élancements ; d'autres (six) comparaient la douleur à un *déchirement*, à une *pulsation violente* (cinq), à une *étincelle électrique* (cinq) ; quelques uns accusaient une douleur *perforante* (trois) ; une sensation d'*arrachement* (trois) ; de *torsion* (deux) ; de *tension* (deux) ; trois malades interrogés par M. Piorry lui ont dit qu'ils éprouvaient une douleur semblable à celle *qui se produit dans le coude lorsqu'il est fortement heurté;* enfin, plusieurs comparaient leur douleur intermittente à celle que produiraient un *clou enfoncé dans la tête*, l'impression de l'*eau bouillante*, un *tiraillement*, un *pincement*, etc. Il n'est pas douteux que l'imagination des malades, ou la manière dont ils ont été interrogés, n'aient eu une grande part dans un bon nombre de ces comparaisons. J'ai noté chez deux sujets, dont l'histoire ne fait point partie de cette analyse, une espèce de *frissonnement* dans le côté malade de la tête, frissonnement qui semblait parcourir tous les bulbes des cheveux, et alternait avec de véritables élancements.

Quant à la fréquence des élancements, elle était extrêmement variable; tantôt, en effet, et surtout pendant les accès, ils revenaient plusieurs fois dans une mi-

nute ; tantôt, ils n'avaient lieu qu'une ou deux fois dans un quart d'heure ou même une heure. On peut dire, en général, qu'ils revenaient bien plus fréquemment dans le milieu du cours de la maladie, qu'au commencement et à la fin.

Section II. — État des organes qui reçoivent les nerfs trijumeaux.

1° *État des yeux.* — Parmi les quatorze sujets dont j'ai recueilli l'histoire, cinq seulement avaient un *larmoiement* de l'œil du côté affecté ; dans un cas même, le malade se plaignait de recevoir une impression brûlante des larmes qui coulaient sous ses paupières. Les auteurs n'ont cité que onze cas semblables ; mais on ne doit pas regarder cette proportion comme rigoureuse, attendu que toutes leurs autres observations sont muettes sur ce point. Deux fois, comme dans le cas précédent, les larmes causaient une sensation brûlante.

Dans mes quatorze observations, le larmoiement était ordinairement d'une abondance très médiocre ; deux fois seulement il a été abondant, au plus fort de la maladie. Dans celles des auteurs, au contraire, le larmoiement est noté comme abondant chez plus de la moitié des sujets qui l'ont présenté ; peut-être ont-ils négligé les cas dans lesquels ce symptôme n'était pas très remarquable.

La *rougeur de l'œil* avait lieu moins fréquemment : elle ne s'est montrée qu'une seule fois dans mes observations, et sept fois dans celles des auteurs.

La *vision* avait presque toujours conservé son *intégrité ;* cependant l'impression de la lumière était douloureuse dans quatre des quatorze cas qui m'appartiennent. Ce symptôme a été presque complétement

négligé par les auteurs, puisque je ne trouve l'état de la vision indiqué que dans un seul cas, où il est dit que les objets paraissaient entourés d'un nuage.

Les divers symptômes que je viens d'énumérer, avaient un degré de fréquence variable, mais ils n'étaient pas ordinairement indépendants les uns des autres. Il n'y avait jamais photophobie sans qu'en même temps l'œil fût rouge ou larmoyant, et l'œil ne présentait jamais de rougeur sans qu'il y eût un larmoiement plus ou moins abondant. Le tableau suivant fera voir, d'un seul coup d'œil, comment ces symptômes s'unissaient entre eux.

1° Larmoiement avec rougeur et photophobie. .	4
2° Larmoiement avec rougeur sans photophobie. .	10
3° Larmoiement sans rougeur ni photophobie. .	2
Total. . .	16

Ainsi, quoique le larmoiement, la rougeur des yeux, et la photophobie n'aient point toute l'importance que certains auteurs leur ont accordée, ils constituent des symptômes d'une valeur incontestable, à cause surtout de leur fréquence, très probablement plus grande que celle qui a été indiquée plus haut.

Au reste, ces phénomènes n'avaient lieu que dans des névralgies d'une assez grande violence, et jamais dans celles du nerf maxillaire inférieur.

2° *État du nez.* — Dans aucun cas, l'*odorat* ne m'a paru diminué ou altéré d'une manière quelconque; mais dans deux de mes quatorze observations, j'ai observé l'écoulement d'un liquide aqueux ou de mucosités filantes par la narine du côté malade. Dans un de ces deux cas, et dans un autre qui ne présentait pas le même phénomène, l'*action de se moucher* était douloureuse. Les

auteurs n'ont cité que deux cas semblables; ils sont muets sur ce point dans toutes leurs autres observations.

C'est donc là encore un symptôme auquel on a évidemment accordé, dans les descriptions générales, beaucoup plus d'importance qu'il n'en mérite; cependant, il faut se garder de le négliger, parce que, de son étude, on peut tirer quelques indications thérapeutiques, comme j'ai pu m'en convaincre récemment.

3° *État de l'oreille.* — Du côté des oreilles, on ne constatait qu'un seul symptôme, c'étaient des *bourdonnements*, ou des *sifflements*, ou quelque bruit analogue. Six de mes malades, ou près de la moitié, se plaignaient d'entendre ces bruits qui étaient plus ou moins incommodes. Une seule observation, parmi celles des auteurs, fait mention de ce phénomène. Dans trois de ces sept cas, le symptôme existait des deux côtés; dans trois autres, il n'avait lieu que du côté malade, et paraissait plus étroitement lié à la névralgie; chez le dernier sujet, le côté n'est pas indiqué. Chez un seul des sujets dont il s'agit, la névralgie était bornée au nerf maxillaire inférieur. Ce symptôme avait lieu principalement pendant les accès, et était en rapport avec la violence des élancements.

4° *Dents, cheveux, salivation.* — *a.* L'état des *dents* n'a point été mentionné chez tous les sujets, soit dans mes observations, soit dans celles des auteurs : il n'est indiqué que dans les cas où il y avait carie ou avulsion des dents; en sorte qu'il est difficile de dire si la proportion des altérations des dents peut se déduire exactement des observations que je possède. Mais on va voir que cet état des dents ne mérite pas une grande attention de notre part, attendu qu'il

n'y avait aucune relation entre les douleurs et lui. Ainsi, chez dix malades qui avaient des dents cariées, la douleur ne siégeait pas principalement dans les arcades dentaires; chez six de ces sujets, l'avulsion fut pratiquée dans le but d'enlever la cause probable de la névralgie, et les douleurs ne diminuèrent pas, ou même augmentèrent considérablement. Je reviendrai sur ce sujet à propos des causes.

b. Les bulbes des *cheveux* étaient le siége d'une vive sensibilité dans cinq cas; la douleur était surtout vive au niveau des points décrits plus haut. Chez un sujet, il suffisait de toucher un cheveu pour réveiller les accès convulsifs. M. Bellingeri (1) cite un cas de névralgie sus-orbitaire gauche dans lequel les cheveux devinrent plus hérissés, plus épais, et prirent un accroissement plus rapide dans toute la partie antérieure du côté malade. Cette névralgie ayant été guérie par l'incision et la cautérisation consécutive du nerf, les cheveux reprirent leur accroissement normal : ce fait est le seul exemple de ce genre que je connaisse. Le même auteur a constaté la chute des cheveux du côté malade; chez un sujet que j'ai observé, il y eut une perte assez abondante de cheveux, mais pas plus d'un côté que de l'autre.

c. Je n'ai pas trouvé, dans les quarante-quatre cas que j'ai recueillis pour ce travail, un seul exemple de *salivation* (1); mais j'en ai en ce moment deux sous les yeux à l'hospice de la Salpêtrière. L'un d'eux existe chez une femme qui, après avoir eu il y a deux ans une attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté droit, a

(1) *Loc. citat.*

recouvré le mouvement et le sentiment dans les parties affectées ; mais a vu, bientôt après, succéder aux symptômes de paralysie, des douleurs névralgiques, qui d'abord fixées dans le côté droit de la face, se sont ensuite propagées aux deux membres du même côté. Les douleurs de la face occupent les trois branches du nerf trijumeau ; elles sont caractérisées par les points douloureux que j'ai fait connaître, et de plus, par un engourdissement de la joue, et des fourmillements dans la mâchoire inférieure. La salivation est telle, chez cette malade, que deux fois, dans les vingt-quatre heures, son crachoir est rempli. Cet état dure depuis plus d'un an, sans qu'il y ait le plus léger signe de dépérissement. Il n'y a pas la moindre tuméfaction des glandes salivaires.

Parmi les auteurs, André est celui qui a parlé de la salivation de la manière la plus précise : il assure l'avoir observée chez tous les malades.

5° *Convulsions de la face, spasmes, etc., etc.* — Les symptômes dont il va être question ont attiré d'une manière toute particulière l'attention des auteurs; c'est même leur existence qui a fait donner à la névralgie faciale le nom de *tic douloureux*, ou *spasme cynique*. Mais ces dénominations sont-elles bien méritées ? c'est ce que va nous démontrer l'analyse suivante :

Dans les quatorze cas que j'ai observés, quatre seulement ont présenté un de ces phénomènes. La névralgie avait son siége principal dans la branche ophthalmique, mais elle s'étendait à des rameaux des deux autres branches. Jamais dans ces cas il n'y eut ces contractions violentes qui occasionnent une véritable distorsion de la face. Chez un sujet, les traits étaient grippés; chez un autre, il y avait de légères convulsions

de l'œil, du nez et de la commissure des lèvres; chez tous, l'œil, ou au moins les paupières, étaient agités de mouvements involontaires.

Parmi les observations des auteurs, seize seulement font mention du symptôme dont il s'agit. Généralement, dans ces cas, les convulsions étaient violentes; elles ont été désignées sous des noms différents. Méglin se sert de l'expression de *trémoussement convulsif* ou *musculaire*; André signale une *distorsion* du nez, des lèvres et de la bouche; d'autres indiquent des *contorsions*, des *tremblements*, des *spasmes*, un *gonflement des muscles*, etc., etc. Toutes ces expressions ont évidemment été employées pour désigner un même phénomène sous des nuances diverses; il serait donc inutile d'insister plus long-temps sur leur description. Dans tous ces cas, la névralgie était violente, et c'était presque toujours dans des accès intenses qu'avaient lieu ces convulsions de toute espèce. J'emprunte à Méglin un exemple remarquable de ce symptôme.

QUATRIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie trifaciale, accès très violents, *trémoussement* des muscles de la face; emploi des pilules de Méglin, après l'emploi infructueux de plusieurs autres moyens; guérison rapide.

Une domestique âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte et robuste, d'un caractère vif, et d'ailleurs bien portante, vint me consulter dans le courant du mois de janvier dernier (1811), pour une douleur extrêmement vive et aiguë, qu'elle disait ressentir depuis quelques semaines à la partie droite de la face. Cette douleur n'était point constante, mais revenait par intervalles, les accès en étaient subits, ne duraient au plus que

(1) Méglin; *loc. cit.* Obs. 1re, pag. 59.

deux minutes, et quelquefois seulement quelques secondes. Plus éloignés d'abord, et laissant un relâche de quelques heures, ils devinrent de plus en plus fréquents; à la fin il y en eut jusqu'à dix dans une heure. Voici ce que cette fille éprouvait, et ce dont j'ai été témoin plusieurs fois. La douleur survenait tout-à-coup, comme je l'ai dit; elle était tantôt *brûlante* tantôt *déchirante*, tantôt, *lancinante*, et toujours insupportable, à en juger par les plaintes de cette malheureuse. Elle commençait par affecter toute l'aile droite du nez, et particulièrement sa partie inférieure; se portait, avec la vitesse d'un éclair, sur les deux paupières et sur le globe de l'œil droit, qui se resserrait et se retirait en quelque sorte dans le fond de l'orbite. A l'instant, l'œil devenait rouge, et les larmes coulaient abondamment sur la joue. La douleur s'étendait environ à deux doigts au-dessous de l'arcade sourcilière, sur la tempe, l'os de la pommette et toute la lèvre supérieure du côté droit. Toutes ces parties étaient si sensibles, durant les paroxysmes, que le moindre attouchement était insoutenable et faisait jeter les hauts cris à la malade; on y apercevait *un trémoussement convulsif*. Le pouls n'éprouvait aucune altération.

L'accès se terminant, la douleur cessait aussi promptement que l'invasion avait été subite. Alors, on pouvait toucher les parties où ces douleurs avaient eu leur siége, sans exciter d'autre sensation que celle que l'application des doigts produit sur toute partie saine. Les accès avaient également lieu la nuit, mais moins fréquemment.

Je n'ai rien pu découvrir de positif sur la vraie cause de cette affection douloureuse. De fréquentes irrégularités dans la transpiration provenant de l'alternative subite du froid et du chaud, auxquelles cette fille était exposée, y ont probablement contribué pour beaucoup.

Pour combattre cette affection, j'employai les moyens suivants. La malade était sanguine, vive, haute en couleur, ayant le pouls assez plein : je fis d'abord pratiquer une forte

saignée au bras, puis une au pied. Le lendemain, et quelques jours après, je fis mettre six à huit sangsues sur la tempe droite, dans le voisinage de la douleur. Divers anti-spasmodiques et calmants ont ensuite été mis en usage; j'ai fait diriger fréquemment, sur les parties souffrantes, la vapeur de la décoction des herbes de jusquiame et de belladone, et appliquer dans l'intervalle des cataplasmes préparés avec les mêmes plantes. J'ai fait aussi poser, derrière l'oreille droite, un vésicatoire dont la suppuration a été entretenue pendant plusieurs jours. Enfin, j'ai fait prendre à la malade le quinquina royal pendant huit à dix jours à assez forte dose : tout cela sans aucun succès. L'extrait aqueux d'opium, auquel j'eus recours alors, à la dose d'un grain de 6 en 6 heures, et ensuite de 4 en 4 heures, procura quelque soulagement et de la diminution dans la violence des douleurs; mais en cessant le remède, qui fut continué plusieurs jours, elles revinrent avec la même véhémence.

Après tant d'essais infructueux, je me décidai à administrer les pilules faites avec l'extrait de jusquiame noire et l'oxide de zinc sublimé, à parties égales : chaque pilule était d'un grain. J'en fis prendre une le matin à jeun, et une le soir à 5 ou 6 heures. Je fis augmenter d'une pilule tous les jours, matin et soir, jusqu'à ce que la malade fût parvenue à en prendre vingt pour chaque dose, c'est-à-dire dix grains d'extrait de jusquiame, et autant de fleurs de zinc. Je fis boire, par-dessus chaque dose de pilules, une tasse d'une infusion de feuilles de tilleul et de feuilles d'oranger. Les accès ne tardèrent pas à diminuer d'intensité et de fréquence. Au bout de quinze jours, ils avaient entièrement disparu. Après la disparition totale des accès, je fis continuer le même remède pendant quinze autres jours, en en diminuant cependant graduellement la dose, de la même manière qu'on l'avait augmentée. J'ai fini par ordonner à la malade pendant une dizaine de jours, comme remède fortifiant et propre à confirmer la cure, la décoction de quinquina, qui, employée

dans les premiers temps comme moyen curatif, n'avait produit aucun effet.

Je suis fondé à croire que cette cure est bien consolidée, et qu'elle sera durable, cette fille n'ayant plus eu, jusqu'à ce moment, le moindre ressentiment de son mal depuis plus de cinq mois, et jouissant d'ailleurs d'une excellente santé. Le traitement a duré environ deux mois.

Il est inutile de faire remarquer combien étaient violents ces accès pendant lesquels le côté malade de la face présentait un *trémoussement convulsif;* le rapport entre l'intensité des douleurs et les mouvements involontaires est trop évident pour qu'on soit obligé de le signaler.

Je me bornerai donc à quelques considérations sur la douleur à la pression, si remarquable dans ce cas. Elle était telle, pendant les accès, qu'on ne pouvait pas même toucher les points douloureux. M. Méglin ne dit pas si, par une pression forte, la douleur, loin d'être augmentée, était calmée ; pour moi, je suis convaincu qu'il n'en était rien ; mais l'oubli de ce détail si important, dans une observation qui est d'ailleurs une des meilleures parmi celles des auteurs, peut servir à montrer si j'ai été injuste en leur reprochant d'omettre les circonstances les plus intéressantes. Il semble résulter des expressions de l'auteur, que toute espèce de douleur, sans en excepter la douleur à la pression, disparaissait dans l'intervalle des accès; mais, en y regardant de près, on est convaincu que l'observation est insuffisante sous ce rapport. Il ne s'agissait pas seulement de s'assurer si un simple contact pouvait être facilement supporté; il fallait encore exercer une *pression* peu étendue sur le trajet du nerf, ce que l'auteur n'a pas fait.

Je ne dirai rien ici du traitement, parce que les effets des pilules de Méglin seront longuement étudiés plus loin. Je ferai observer seulement que le mauvais choix du lieu où le vésicatoire a été appliqué, prouve que l'auteur croyait avoir affaire à une névralgie du nerf facial. L'insuccès de ce moyen, ainsi employé, n'a rien qui doive nous surprendre.

Ces mouvements convulsifs que je viens de décrire sont certainement fort remarquables, puisqu'ils impriment à la maladie une physionomie toute particulière; mais on ne saurait les regarder comme un symptôme essentiel et caractéristique; car, dans des cas où ils n'existaient pas, il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature de l'affection. Ils ne doivent donc être considérés que comme un épiphénomène d'une grande valeur, n'ayant jamais lieu que chez les sujets affectés de névralgie intense. Ce symptôme n'est point, au reste, particulier à la névralgie trifaciale; on verra, à l'article de la Névralgie Sciatique, que dans bon nombre de cas, il exista des *crampes*, des *secousses*, des *mouvements convulsifs* du membre inférieur, tout-à-fait analogues aux convulsions faciales dont je viens de parler. Seulement, il faut le reconnaître, ces phénomènes ont lieu plus fréquemment dans la maladie qui nous occupe, ce qui tient, sans aucun doute, à sa plus grande violence dans le plus grand nombre des cas.

Il résulte de ces considérations que les noms de *spasme cynique*, *tic douloureux*, etc., etc., qui avaient été imposés à la névralgie trifaciale, ne sauraient lui convenir; car la réunion des symptômes nécessaires pour

les lui mériter ne se rencontre que dans la minorité des cas. Cette analyse des faits nous apprend aussi pourquoi l'on a si long-temps méconnu les cas légers si bien caractérisés et par des douleurs spontanées, et par des douleurs provoquées de diverses sortes, mais ne présentant ni spasmes ni convulsions. Dans les cas où la névralgie était un peu violente, la physionomie présentait un air de souffrance et de concentration plus ou moins remarquable. Quant à la coloration, elle n'était point altérée, même dans les accès.

Tels sont les détails que j'avais à donner sur l'état de la face. Je trouve, dans quelques auteurs, que l'on a vu le côté malade s'hypertrophier ou s'atrophier; mais rien de semblable n'est indiqué dans les observations que j'ai pu rassembler, ce qui prouve que le fait est au moins fort rare. Dans un cas seulement, j'ai vu un léger gonflement avec chaleur occuper la joue, au fort des accès.

Conclusions générales.

Il résulte de tout ce qui vient d'être dit sur les douleurs observées dans la névralgie trifaciale :

1° Que cette affection est caractérisée par une *douleur sourde*, *permanente*, *contusive*, dans différents points limités du trajet des nerfs trijumaux;

2° Que les *élancements* qui viennent se joindre à cette douleur, et naissent dans le point même où elle se fait sentir, donnent à la maladie une physionomie encore plus frappante; mais qu'ils peuvent manquer dans une partie du cours de l'affection, sans que le diagnostic soit moins positif;

3° Qu'il en est de même des *convulsions*, des *spasmes* et de la *distorsion* de la face ;

4° Qu'il est rare de voir cette névralgie bornée à une seule des trois branches des nerfs trijumeaux; que dans les cas où il en est ainsi l'affection a presque toujours son siége dans la branche sous-maxillaire ; que par conséquent, si l'on devait conserver une des nombreuses espèces admises par Chaussier, ce serait la *névralgie maxillaire inférieure ;* mais l'on ne saurait regarder les autres divisions comme fondées sur l'observation ;

5° Que la *pression* est un des meilleurs moyens d'exploration qui puissent être mis en usage pour reconnaître le siége précis des douleurs.

Section III. — Douleurs dans les parties du corps plus ou moins éloignées du siége de la maladie, ou complications.

Parmi les quatorze sujets qui ont été soumis à mon observation, il n'en est que sept qui aient présenté des douleurs ailleurs que dans la tête ; le nombre est peu considérable, mais il le paraîtra bien davantage encore lorsque, dans la suite de cet ouvrage, on aura vu ce qui se passe dans les autres névralgies. Des sept sujets dont il est question, six présentaient une douleur dont le caractère névralgique n'était pas douteux ; le tableau suivant en indiquera le siége d'une manière précise :

SIÉGE.	NOMBRE DES CAS (1).
Partie postérieure de la tête.	5
Lombes.	2
Parois de la poitrine (névralgie intercostale).	3
Nerf sciatique.	1
Total. . .	11

Dans les cas où la douleur existait à la partie postérieure de la tête, elle avait une connexion intime avec la névralgie trifaciale. Elle existait du même côté, et, de plus, les élancements douloureux qui se faisaient ressentir dans la branche ophthalmique, et surtout dans le rameau frontal, contournaient la tête, pour aller retentir en dedans de l'apophyse mastoïde et à la partie supérieure du cou. Dans un cas même, une simple pression, au niveau du trou sus-orbitaire, occasionnait un retentissement douloureux, et au-dessus de la bosse pariétale, et à la partie postérieure et inférieure de l'occipital. Ces douleurs devenaient d'autant plus vives que celles de la face étaient plus exaltées, en sorte que si l'on s'en était rapporté aux assertions des malades, et si on n'avait pas mis le plus grand soin dans l'exploration, on aurait pu croire que les douleurs se portaient directement de la face vers les parties postérieure et in-

(1) Des douleurs dans plusieurs parties du corps à la fois ayant existé chez plusieurs malades, le nombre total se trouve augmenté.

férieure de l'oreille, sans traverser la partie supérieure du crâne. Combien n'était-il pas important de connaître le trajet de ces élancements, pour savoir d'une manière positive quels étaient les nerfs véritablement affectés?

On voit que ces douleurs étaient plus que des complications, et que par suite des rencontres nombreuses qui ont lieu entre les rameaux du nerf sous-occipital et les branches ascendantes du trijumeau, il y avait, dans ces cas, une véritable extension de la maladie par contiguïté. Pour terminer ce qui est relatif aux douleurs occipitales, sur lesquelles j'aurai du reste à revenir lorsqu'il s'agira de la névralgie de ce nom, je dirai qu'il y avait, en dedans de l'apophyse mastoïde, et sur la ligne courbe supérieure de l'occipital, un *point douloureux* à la pression ordinairement bien limité.

Les douleurs des lombes présentaient, chez les deux sujets qui en furent affectés, et des élancements, et un point douloureux à la pression ; ce point, qui n'existait pas dans les masses musculaires, mais bien au voisinage de la colonne vertébrale, n'avait lieu que d'un seul côté, dans un cas. Un autre point douloureux avait son siége au-dessus du milieu de la crête iliaque, et les élancements venaient y retentir.

Les névralgies intercostales et la névralgie sciatique offraient tous les caractères que je signalerai quand il s'agira de ces affections.

Dans aucun de ces cas, je n'ai vu les douleurs se remplacer l'une par l'autre ; ou en d'autres termes, je n'ai point vu la névralgie trifaciale se transporter *brusquement* dans une autre partie du corps. Presque toujours, au contraire, les diverses douleurs s'exaspéraient en même temps, et à l'époque de la guérison, elles dimi-

nuaient graduellement ensemble. Cependant, les auteurs ont cité quelques exemples incontestables de faits de ce genre, et mon ami, le docteur Grisolle, m'en communique à l'instant un des plus remarquables qui trouvera sa place au chapitre de la *Névralgie en général.* Mais il résulte des observations que j'ai rassemblées, que ces cas sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense communément. Une seule fois, la maladie parut se transporter d'un côté à l'autre de la face. Le fait, toutefois, n'a été constaté que d'après les renseignements fournis par la malade. Je vais présenter ici cette observation, intéressante d'ailleurs sous d'autres rapports.

CINQUIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie trifaciale passée d'un côté à l'autre. — Violents accès; guérison.

Françoise Digot, âgée de 20 ans, non mariée, est entrée à l'hôpital Beaujon le 28 mars 1840.

Menstruée à quinze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis; seulement, l'écoulement sanguin est peu abondant, et quelquefois difficile et douloureux. La dernière fois que les règles sont venues (le 26 de ce mois), elles ont paru à leur époque ordinaire, mais elles ont cessé de couler au bout de deux jours, tandis qu'elles duraient quatre jours habituellement. Au dire de la malade, l'époque menstruelle ne produit aucune modification favorable ou défavorable dans les douleurs qu'elle éprouve. Elle a des flueurs blanches depuis un an. Elle jouit ordinairement d'une bonne santé.

Dans les derniers jours de janvier 1840, sans cause connue, et pour la première fois, elle commença à ressentir,

(1) Recueillie par M. Cossy à l'hôpital de Beaujon, dans le service de M. Louis.

dans le côté droit du front, une douleur sourde, continue, devenant parfois plus vive, et s'accompagnant d'élancements qu'elle compare à des coups de lance. Alors il arrivait quelquefois que l'œil droit, douloureux et larmoyant, ne pouvait supporter l'impression de la lumière. Ces élancements n'avaient rien de régulier dans leur retour; tantôt, au nombre de huit ou dix, ils se succédaient presque sans interruption, puis disparaissaient, ne laissant après eux qu'une douleur sourde pendant le reste du jour; tantôt, au contraire, se succédant rapidement, ils ne laissaient entre eux que de courts intervalles de 5 minutes à 1/4 d'heure environ, pendant lesquels la malade continuait à éprouver cette douleur sourde signalée plus haut. Deux ou trois fois seulement, les élancements restèrent suspendus pendant vingt-quatre heures.

Environ un mois après, sans cause connue, les douleurs abandonnèrent complétement le côté droit du front pour occuper le côté gauche; elles conservèrent là les mêmes caractères, mais acquirent une intensité plus grande. La douleur sourde et continue était plus intolérable; les élancements, plus fréquents et plus vifs, partaient du tiers interne du sourcil gauche, et se dirigeaient en haut et en arrière, en suivant les divisions du nerf frontal; l'œil et le dessous de l'orbite étaient douloureux; les parties latérales du nez n'étaient point envahies par la douleur. Lors des plus violents accès, la malade éprouvait encore de la douleur dans les points primitivement affectés du côté droit; mais cette douleur était peu forte en comparaison de celle qu'elle ressentait à gauche, et qui existait huit jours avant son entrée à l'hôpital. On lui appliqua, derrière l'oreille gauche, un vésicatoire qui ne procura aucune amélioration. — Quand les douleurs occupaient le côté droit, la malade pouvait travailler un peu; depuis qu'elles siègent dans le côté gauche, elle a suspendu ses occupations, et garde habituellement le lit, excepté pendant le temps des rémissions. — Depuis l'invasion de la ma-

ladie, l'appétit, quoiqu'un peu diminué, a toujours été assez bon.

État actuel, le 29 *mars.* — Taille et embonpoint ordinaires, cheveux châtains, yeux bruns, intelligence intacte. Le teint, qui est habituellement pâle, est aujourd'hui légèrement jaunâtre; traits du visage non déformés.

La malade, qui dans ce moment se trouve dans l'intervalle des douleurs, n'éprouve qu'une douleur sourde occupant dans le globe oculaire gauche, un point circonscrit qu'on peut couvrir avec la pulpe du doigt, et situé à 2 centimètres au-dessus de la partie moyenne du sourcil. Dans ce point la pression est douloureuse; elle l'est moins manifestement au point d'émergence du nerf frontal.

Langue pâle, humide, sans enduit; soif nulle, appétit assez marqué; épigastre insensible à la pression; ventre souple, bien conformé; pas de selles depuis deux jours. Poitrine bien conformée; rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion; ni toux, ni palpitations, ni bruit de soufflé à la région précordiale et dans les carotides; pas d'œdème. Pouls à 72, souple, régulier. Urines faciles; peau sans moiteur. (*Inf. de feuill. d'oranger et de petite cent.*; 2 *pil. de sous-carb. de fer de* 15 *centigr. chacune; emplâtre de thériaque sur le sourcil gauche et au-dessus;* 2 *bouill.*)

30 *mars.* — Dans la journée d'hier, les élancements se sont montrés assez fréquemment dans les points indiqués. L'emplâtre n'a été placé qu'à 6 heures du soir. La nuit a été assez bonne, et ce matin l'amélioration persiste; la malade n'éprouve qu'une douleur sourde et supportable dans la moitié gauche du front. (*Même prescription.*)

Le soir à 6 *heures.* — Dans le courant de la journée, élancements violents à plusieurs reprises; maintenant, douleur sourde, non lancinante, variant d'intensité d'un instant à l'autre, occupant la moitié gauche du front, le pourtour de l'orbite, la moitié supérieure latérale gauche du nez; elle est moins vive dans la moitié gauche des arcades dentaires infé-

rieure et supérieure. La pression est assez douloureuse dans la moitié interne du sourcil ; un peu moins dans ses deux tiers externes ; elle est nulle dans les autres points. Depuis le matin, tic-tac continuel dans les deux oreilles.

Pesanteur à l'épigastre. Pouls à 76, régulier, peu développé. — Chaleur naturelle.

31 *mars*. — Plusieurs élancements dans la nuit. — La douleur sourde persiste. (*L'emplâtre sera enlevé.*)

1 *avril*. — La journée d'hier et la nuit passée ont été calmes, sans douleurs lancinantes. Le tiers interne du sourcil est toujours douloureux à la pression ; sentiment de pulsation dans ce point, lors des exacerbations de la douleur. — Constipation. Pouls calme. (*Potion gommeuse avec* 0,05 *gram. d'hydrochlorate de morphine. — Le* 1/8 *de portion.*)

2 *avril*. — Quelques élancements dans la journée d'hier ; cette nuit, sommeil bon, pas de douleurs. — Ce matin, à six heures et demie, retour des élancements qui se sont succédé jusqu'à neuf heures, presque sans interruption. La pression est douloureuse dans les mêmes points. — Pouls à 70, calme. Vue nette, pupilles également dilatées. (4 *pil. au lieu de* 2.)

Quelques instants après la visite, la malade fut prise tout-à-coup de douleurs excessivement violentes ; elle se tordait sur son lit, poussait des cris aigus, continuels et inarticulés, et paraissait ne pas s'apercevoir de ce qui se passait autour d'elle. Une demi-heure après le début de ces accidents, on put constater que les douleurs commençaient à se calmer; les deux yeux étaient baignés de larmes; les cris avaient cessé, et la malade semblait revenir à elle. Elle dit alors que l'atrocité de ses douleurs avait été telle, qu'elle se rappelle à peine ce qui lui est arrivé. Elle ne se souvient que des élancements qui se portaient rapidement d'avant en arrière ; la moitié supérieure gauche du nez, le globe oculaire et le pourtour de l'orbite étaient le siége de vives souffrances. Maintenant, il ne reste que la douleur sourde ordinaire, et

la douleur à la pression ; les yeux sont moins larmoyants, les pupilles égales et normalement dilatées. Le pouls à 72, souple, calme, régulier. Une demi-heure après, la malade, parfaitement calme, dit qu'elle n'éprouve aucune espèce de douleur dans les parties affectées ; elle n'a d'autre mal, ajoute-t-elle, qu'une légère pesanteur d'estomac qu'elle attribue à ses pilules de carbonate de fer.

Dans la journée, retour des élancements, mais moins violents que le matin ; lors de leur plus grande intensité, la malade a ressenti quelques vagues douleurs dans l'œil droit ; le côté gauche du nez était également douloureux.

Du 3 au 6 avril. — Des accès longs et violents ont eu lieu chaque jour ; parfois ils ont eu l'intensité de celui qui vient d'être décrit, et ont arraché souvent des pleurs à la malade. Ils avaient lieu soit le matin, soit dans l'après-midi, laissant, dans leur intervalle, tantôt cette douleur sourde, continue, tantôt l'absence complète de toute sensation douloureuse, ou même le calme le plus parfait. Les élancements parvenaient souvent jusqu'à l'occiput, et la pression était douloureuse dans l'étendue de 5 à 6 centimètres carrés, à gauche, dans un point situé immédiatement au-dessous de la suture sagittale ; elle le fut aussi légèrement au bord inférieur de l'orbite. Les douleurs qui occupaient les points indiqués s'étendirent une fois en dehors de l'angle externe de l'œil. Ces accès, qui revenaient deux ou trois fois par jour au plus, duraient de dix minutes à deux heures et demie environ ; ils allèrent en diminuant de fréquence, d'intensité et de durée. Un tic-tac non douloureux ne cessait de se faire entendre dans les deux oreilles. Les nuits étaient assez bonnes. — Pas de fièvre, constipation légère. (*Le 3, les pil. de fer ont été portées à 5, et un vésic. de* 0,03 *mètres de haut a été appliqué le long du sourcil. Le 4, il a été pansé avec* 0,03 *gram., et le* 5 *et le* 6 *avec* 0,05 *gram. d'hydroch. de morph. — Le reste de la prescription n'a pas changé.*)

7 *avril.* — La nuit dernière a été assez bonne, presque sans douleur. Ce matin, l'amélioration persiste. Il reste à peine quelques traces du léger gonflement occasionné à la paupière supérieure par la présence du vésicatoire. (*Orang. petite centaurée;* 2 *pil. d'ext. gom. d'opium, de* 0,05 *gram.;* 5 *pil. s. carb. fer, de* 0,15 *gram.; supprimer le vésicatoire du front; appliquer un vésicatoire de* 0,03 *mètres de diamètre en arrière, à gauche, vers la racine des cheveux.*)

Du 8 *au* 11 *avril.* — Les douleurs diminuent sensiblement d'intensité et de fréquence; les élancements qui partaient tantôt de la suture sagittale, tantôt du trou sourcilier, se dirigeant soit vers l'occiput, soit vers le front, ne se sont montrés que par accès peu violents et de courte durée. Ils n'ont pas empêché la malade de dormir. Le tic-tac ne se fait plus entendre que dans l'oreille gauche. La pression est encore douloureuse dans le point situé à 2 centimètres au-dessus du sourcil. — Pas de troubles des voies digestives et respiratoires. (*On fait suppurer le vésicatoire de la nuque. Les pilules de fer sont portées à* 6. *On donne les* 3/4 *de portion.*)

Du 12 *au* 15 *avril.* — L'amélioration fait de nouveaux progrès; les élancements sont assez rares et paraissent bornés à l'œil; ils ne durent ordinairement qu'un quart d'heure. Douleurs faibles, passagères. — Dans la nuit du 14, la malade, qui attend ses règles dans trois ou quatre jours, a éprouvé des douleurs dans le ventre et les deux côtés de la région lombaire. Le 15, une selle demi-liquide. (*Le* 15, 6 *pil. fer;* 2 *pil. d'opium;* 3/4.)

Du 16 *au* 22 *avril.* — Diminution successive des symptômes; de temps en temps quelques légères douleurs dans l'œil et le trajet du nerf frontal. Un peu de diarrhée avec coliques. (*Le* 18, *on réduit les pil. de fer à* 3, *et on donne: riz sir. gom.;* 1 *pil. ext. gom. op.; lavem. lin;* 1/4.)

23 *avril.* — Il n'existe aucune espèce de douleur, ni spontanément, ni à la pression. Les accidents des voies diges-

tives sont entièrement dissipés, et la malade, qui mange la demi-portion, obtient sa sortie.

Il est difficile de dire si la névralgie, qui existait d'abord du côté droit, s'est transportée *tout-à-coup*, ou au moins très rapidement au côté gauche où nous l'avons vue fixée; la malade n'a pas fourni de renseignements suffisants à ce sujet. Cependant, il serait nécessaire, pour savoir s'il y a eu réellement un déplacement de la douleur, ou si l'on doit regarder la névralgie droite et la névralgie gauche comme deux affections différentes, de connaître toutes les circonstances de la marche de la maladie. Chez une autre malade (observ. III), il y eut également passage de la névralgie d'un côté à l'autre, mais ce ne fut qu'après un intervalle de quinze jours; peut-on dire que, dans ce cas, c'était la même affection qui s'était déplacée? qu'il y avait, en un mot, une espèce de métastase? Non, sans doute, on n'y pouvait voir qu'une nouvelle névralgie, dans un siége nouveau, chez un sujet prédisposé. En était-il de même chez la malade dont on vient de lire l'histoire?

Tous les symptômes, sans en excepter la douleur à la pression, ont été trop évidents pour qu'il soit nécessaire de les rappeler.

Le traitement, dans ce cas, a été compliqué; mais il est remarquable que les améliorations les plus marquées et les plus franches ont eu lieu lors de l'application des deux vésicatoires. On s'est un peu trop hâté de panser le premier avec le sel de morphine, en sorte qu'il est difficile de faire la part des deux moyens thérapeutiques : l'exutoire et le narcotique. Mais il faut noter que le second vésicatoire, sur lequel on n'a pas mis d'hy-

drochlorate de morphine, a eu un effet aussi prompt et aussi avantageux que le premier.

Les douleurs dont il vient d'être question étaient, ai-je dit, de nature névralgique; mais chez une malade qui présentait des douleurs dans les lombes, on pouvait, bien qu'il y eût des élancements et des exacerbations, les attribuer à une chute qu'elle avait récemment faite sur cette partie.

Section IV. — Symptômes fournis par les voies respiratoires, circulatoires, digestives, etc., etc.

1° *Appareil respiratoire.* — Dans aucun cas, il n'y eut, dans cet appareil, la moindre altération qui parût le moins du monde liée à la névralgie : deux malades présentaient les symptômes d'un emphysème assez prononcé.

2° *Appareil digestif.* — Dans quinze cas seulement, dont les quatorze que j'ai recueillis, il est fait mention de l'état des fonctions digestives et de leur rapport avec les douleurs. Or, sur ce nombre, huit fois la digestion a été parfaitement normale. L'appétit était bon, la soif non exagérée, les selles avaient lieu comme dans l'état de santé ; dans les sept autres cas, il y eut, à diverses époques de la maladie, quelques uns des symptômes suivants: perte ou diminution de l'appétit, un peu de dégoût; vomissements passagers (une fois) ; légères coliques, un petit nombre de selles liquides, quelques accidents cholériformes (une fois). Or, si l'on recherche quel rapport il y eut entre ces symptômes et l'intensité plus ou moins grande de la douleur, on voit que, chez six sujets, il

n'y en eut absolument aucun. Chez eux, en effet, les accidents du côté du tube digestif se développaient ou augmentaient le plus souvent lorsque la douleur était nulle, et réciproquement. Chez cinq de ces sujets, on peut trouver, dans le traitement employé, la cause de ces symptômes. Ainsi, deux fois on administra le sulfate de quinine, et deux fois il survint, au bout de quelques jours, de la douleur épigastrique, quelques coliques, du dévoiement; une fois même, l'ingestion de ce sel fut suivie de vomissements qui n'eurent pas de suite. Il en fut de même à peu près pour le sous-carbonate de fer, qui fut administré deux fois. Dans un autre cas, l'administration de l'hydrochlorate de morphine fut suivie de dégoût et d'anorexie. Les accidents cessaient lorsque l'on suspendait l'emploi de ces médicaments. Dans un cas, on devait attribuer un léger trouble des fonctions digestives à une bronchite qui s'accompagnait d'un faible mouvement fébrile.

Il ne reste donc plus que deux sujets : l'un qui, au moment où les douleurs faciales avaient complétement disparu, eut des symptômes cholériformes dont la cause fut inconnue, et l'autre, dont j'ai déjà rapporté l'histoire (obs. 1) avec des réflexions sur lesquelles il est inutile de revenir ici.

Il résulte de cette analyse, que les troubles observés du côté des voies digestives, dans le cours de la névralgie trifaciale sont légers, et n'ont, dans la grande majorité des cas, aucun rapport avec l'affection principale.

3° *Appareil circulatoire.* — Les observations seules que j'ai recueillies donnent quelques renseignements exacts sur l'état de la circulation aux diverses époques de la maladie; dans les autres, on se borne à dire qu'il

n'y a aucune augmentation de fréquence du pouls, que quelquefois même il est ralenti. Dans les cas que j'ai observés attentivement, il n'y a eu aucun rapport constant entre les légères variations du pouls et la violence plus ou moins grande des douleurs; et comme, dans la névralgie qui nous occupe, on n'employait presque jamais des moyens qui pussent exciter un état fébrile accidentel, on ne trouvait, dans aucun cas, une amélioration bien notable de la circulation. Le pouls ne s'est, en effet, élevé qu'à quatre-vingt-six pulsations, ce qui n'a eu lieu qu'une seule fois et d'une manière très fugitive. Il me suffira de citer quelques exemples pour montrer toute l'indépendance qu'il y avait entre les douleurs névralgiques et l'état de la circulation.

1er EXEMPLE. — NÉVRALGIE VIOLENTE.

Date.	Douleur.	Pouls.	Cœur.
29 mai.	Sourde, élancements assez fréq. peu violents.	72 souple rég.	Batt. norm.
30 —	*Id.*.	76	*Id.*
2 juin.	Paroxysme violent.	70	*Id.*
	Élancem. vifs, fréq.	Apr. le parox. 72	*Id.*
10 —	Très légers élancements. . .	86	*Id.*
12 —	Douleur sourde.	68	*Id.*

2e EXEMPLE. — NÉVRALGIE DE MÉDIOCRE INTENSITÉ.

Date.	Douleur.	Pouls.	Cœur.
18 nov.	Très léger accès de douleur. .	84 rég. un peu fort.	Batt. norm.
28 —	Doul. presque nulle; pas d'acc.	*Id.*	*Id.*
21 —	Presque nulle	*Id.*	*Id.*
23 —	Simple démangeaison. . . .	72	*Id.*

J'ajouterai, relativement à ce second exemple, qu'il

y avait des signes non équivoques d'un emphysème pulmonaire et d'une légère bronchite, ce qui explique la légère accélération du pouls, sur laquelle, d'ailleurs, les variations de la douleur n'ont eu aucune influence. Il me serait facile de multiplier ces exemples; mais ce serait d'autant plus inutile, qu'on peut facilement en trouver de nouveaux dans les diverses observations déjà citées. Ce qui prouve, d'ailleurs, que le pouls n'était pas agité d'une manière notable, c'est qu'après la guérison il ne diminuait pas de fréquence et ne changeait pas de caractère.

Je n'ai jamais vu d'exemple d'un ralentissement marqué dans la circulation.

4° *Frissons*, *chaleur*, *sueurs*.— Les symptômes fébriles, qu'il importe beaucoup de rechercher dans les névralgies, parce qu'ils peuvent être les indices d'une fièvre larvée, ne se sont montrés, soit ensemble, soit séparément, que quatre fois chez les quatorze sujets dont j'ai recueilli les observations. Dans un seul cas, il y eut des frissons légers, mais qui ne s'accompagnèrent ni de chaleur ni de sueurs : ils revenaient à des époques irrégulières, et toujours lorsque les douleurs présentaient un assez haut degré de violence. La chaleur générale ne fut augmentée que deux fois, et encore très légèrement, pendant un espace de temps très court. Dans un seul de ces deux cas, il y avait une très faible sueur qui revint deux ou trois fois, mais seulement après des attaques violentes d'hystérie. Enfin, chez un sujet, un faible accroissement de chaleur avait lieu seulement à la face.

Ainsi, de quelque manière qu'on envisage les faits, on ne saurait y trouver les symptômes d'un mouve-

ment fébrile prononcé ; et dans les cas où l'on a cru devoir employer le sulfate de quinine, c'est la périodicité plus ou moins marquée des accès, plutôt que leur forme, qui a guidé le traitement. Parmi les observations des auteurs, deux seulement font mention de ces symptômes ; dans l'une, une sueur générale, abondante, durant un quart d'heure, précédait l'invasion des accès douloureux ; dans l'autre, il y eut une seule fois des frissons avec sueur le soir, tandis que l'accès douloureux avait lieu le matin. Je reviendrai sur ces deux faits lorsqu'il s'agira de la marche de la maladie. En thèse générale, on peut dire que la névralgie faciale est encore moins que les autres, s'il est possible, une maladie fébrile.

5° *État des organes génito-urinaires.* — Sur dix femmes qui font partie des quatorze sujets dont j'ai recueilli l'histoire, une seule était tout-à-fait bien réglée; chez les autres, la menstruation était moins abondante ou irrégulière (cinq fois), ou complétement supprimée (trois fois); et chez plusieurs d'entre elles, il y avait des flueurs blanches plus ou moins abondantes. J'insisterai plus longuement sur ces divers états de la menstruation, à l'article des causes.

La sécrétion et l'excrétion de l'urine ne présentaient rien de remarquable.

Art. v. — Marche. — Durée. — Terminaison de la Maladie. — Récidives. — Lésions anatomiques.

§ Ier. Marche, durée, terminaison de la maladie.

1° *Marche de la maladie.* — C'est un caractère commun à toutes les névralgies de présenter, dans leur marche, une très grande variabilité; sous ce rapport,

la névralgie trifaciale ne fait pas exception à la règle, comme le prouve l'examen des faits.

Des questions précises ont été adressées par moi à tous les malades, relativement au *début*. Or, il résulte des réponses qui m'ont été faites, que le début n'a été *brusque* que trois fois sur seize, en comptant dans ce nombre deux récidives bien tranchées. Lorsque la névralgie paraissait *graduellement*, elle parvenait à son plus haut degré d'intensité d'une manière plus ou moins rapide; c'est ainsi que six fois les douleurs acquirent, en peu d'heures, une violence considérable. Plus la maladie était violente, et plus la rapidité du début était grande.

Trois fois, ai-je dit, le début avait eu lieu brusquement; chez une vieille femme, une douleur excessivement vive se manifesta dans les rameaux de la branche ophthalmique, au moment même où elle se mouchait. Cette névralgie fut des plus violentes et des plus rebelles, et les moyens les plus variés, employés avec persévérance pendant deux ans dans différents hôpitaux, n'ont eu aucun résultat avantageux. La malade est aujourd'hui à la Salpêtrière.

Dans les deux autres cas où le début fut brusque, il n'y eut que de très légers prodrômes, tels qu'un malaise général et un peu de lourdeur de tête, pendant lesquels la douleur se manifesta subitement avec toute son intensité.

La plupart de ces observations de névralgie de la face ne viennent donc pas à l'appui de cette opinion assez répandue, que l'invasion de la maladie est ordinairement brusque. On peut arriver aux mêmes conclusions en considérant les faits sous un autre point de vue. Si, en effet, on recherche les points primitivement occupés par

la douleur, on trouve que dans sept cas sur douze dans lesquels on a fait des recherches suffisantes à cet égard, la douleur n'a pas envahi d'emblée tous les points qu'elle devait occuper plus tard, mais qu'elle s'est étendue à mesure qu'elle devenait plus violente. Dans les névralgies dont le siége principal était la branche frontale de l'ophthalmique, c'est au niveau du trou sus-orbitaire que se manifestait d'abord la douleur, comme on peut le voir par le tableau suivant :

LIEU d'apparition.	POINTS envahis plus tard.	MARCHE de la douleur.	NOMBRE des cas.
Trou sus-orbitaire.	Bosse pariétale ; trou sous-orbitaire.	Suivant le trajet du nerf.	8
Globe oculaire.	Joue, pommette, gencives, trou sous-orb.	*Id.*	3
Front, Occiput } à la fois.	Trou sus-orbit., bosse pariétale, tempe.	Convergeante.	1
Total.			12

Il résulte de ce tableau que, dans la majorité des cas, la douleur s'étend graduellement, de même qu'elle acquiert graduellement toute sa violence. Les deux cas où les renseignements m'ont manqué, appartiennent à la névralgie du nerf maxillaire inférieur.

En résumé, l'invasion est rarement brusque, elle est assez fréquemment rapide, et le plus souvent elle a lieu avec lenteur.

Lorsque la névralgie était parvenue à son plus haut degré de développement, elle présentait, dans quelques cas, des *accès* qui avaient une apparence de périodicité,

ou une périodicité réelle; et dans tous, des paroxysmes fort irréguliers, qui apparaissaient, le plus souvent, sans qu'on pût en connaître la cause. Examinons les faits sous ces deux points de vue si intéressants.

Périodicité. — Parmi les sujets que j'ai examinés, quatre seulement présentèrent une périodicité marquée, soit pendant tout le cours de la maladie, soit pendant un temps plus ou moins long. Deux étaient dans ce dernier cas: chez l'un, le sulfate de quinine n'eut aucun effet, et chez l'autre il n'eut qu'un succès incomplet et passager. Dans les deux autres cas, au contraire, la périodicité était très marquée, et le sulfate de quinine obtint un plein succès. Je vais présenter un de ces deux faits comme un exemple remarquable de périodicité.

SIXIÈME OBSERVATION.

Névralgie trifaciale gauche; périodicité marquée; emploi du sulfate de quinine; guérison rapide.

M. N..., âgé de 38 ans, employé dans une administration, est de petite taille; il a le teint brun-jaunâtre, la barbe et les cheveux bruns et abondants; il est d'un caractère vif, impatient.

Il est à Paris depuis quinze ans; avant cette époque il eut, pendant environ trois ans, quelques douleurs névralgiques dans le trajet du nerf frontal, tantôt à droite et tantôt à gauche. Un an après son arrivée à Paris, il éprouva une névralgie beaucoup plus intense siégeant dans le côté droit de la face. La douleur occupait principalement le sourcil et le front, et revenait régulièrement tous les jours à la même heure. Elle était caractérisée par des élancements fréquents, et une douleur contusive, permanente. On employa les émol-

liens et les antispasmodiques, et la maladie se dissipa au bout de deux mois environ.

Habitation chaude, sèche, bien aérée, située au nord; nourriture saine et abondante.

Le 17 décembre 1839, à sept heures du matin, M. N..., étant encore au lit, fut pris, sans cause connue, d'une douleur dans le sourcil gauche, avec élancements revenant plusieurs fois par minute, et se portant du trou sus-orbitaire gauche vers le sommet de la tête, où ils s'arrêtaient. Ces élancements étaient rapides; il semblait au malade qu'un instrument piquant traversait les parties. En même temps, il existait une douleur permanente, occupant le trou sus-orbitaire, et s'étendant à environ 3 centimètres au-dessus, dans une largeur de 1 centimètre seulement; elle était sourde, contusive, et très incommode. Toutes les fonctions, du reste, étaient dans l'état normal. Vers une heure et demie après midi cette douleur, après avoir diminué graduellement pendant une demi-heure, se dissipa complétement.

18 *décembre*. — *Examen du malade à midi*. Face triste, abattue, traits un peu grippés; œil gauche un peu contracté, sans rougeur, ni larmoiement. Une pression légère exercée sur le trou sus-orbitaire, et jusqu'à 2 centimètres au-dessus, dans la direction du trajet du nerf, produit une douleur vive; le malade se retire et fuit la pression, qui d'ailleurs n'occasionne pas de nouveaux élancements. Une douleur semblable, quoique moins vive qu'au trou sus-orbitaire, existe dans l'étendue de 2 centimètres environ audessous de la bosse pariétale. Les parties ne présentent ni rougeur, ni chaleur, ni gonflement. La douleur, bien que vive et fatigante, n'arrache pas de cris; il n'y a aucun mouvement désordonné, le bruit est supportable. Le matin, la douleur contusive et les élancements ont commencé à sept heures avec les mêmes caractères que la veille. L'accès a duré jusqu'à deux heures, et il n'y a eu ni convulsions, ni spasmes. — L'appétit est bon, mais le malade s'est mis à la diète. Il

refuse le sulfate de quinine, et se contente d'une infusion de tilleul.

19 *décembre*. — Cette nuit, sommeil bon. Le matin à sept heures et demie l'accès a commencé; les douleurs, d'abord légères, très supportables, ont augmenté rapidement, et vers huit heures elles avaient acquis toute leur intensité; cet état dura jusqu'à deux heures environ.

Appétit conservé; langue nette, humide; selles régulières; pouls normal; le reste *id.*

20 *décembre*. — Accès survenu à la même heure; même durée, même intensité.

21 *décembre*. — Hier soir le malade a pris 0,5 *grammes de sulfate de quinine, en deux paquets*. Aujourd'hui accès aussi fort qu'hier. Du reste, même état. (0,5 *gram. sulf. quin.*)

22 *décembre*. — Le sulfate de quinine a été pris hier au soir. Ce matin à sept heures l'accès a commencé; mais au lieu d'aller en augmentant comme les jours précédents, il a présenté des intervalles de calme et d'exacerbation. La douleur n'a jamais été très vive, et, en somme, l'accès a perdu presque toute sa violence; il a cessé à une heure; le reste *id.* Je conseille au malade de suivre son régime ordinaire.

23 *décembre*. — A sept heures et demie du matin, douleurs très légères qui sont revenues à des intervalles éloignés dans la matinée; elles sont très supportables. La gaieté a reparu. La douleur à la pression, qui était restée vive dans les points indiqués, est aujourd'hui très légère, et n'existe plus que vers le trou sus-orbitaire. Hier le malade a mangé une côtelette, et a pu déjeuner ce matin comme à l'ordinaire.

Les jours suivants, l'heure des accès s'est passée sans aucune espèce de douleur, et un an après, la névralgie n'avait pas reparu. Le sulfate de quinine fut continué pendant quelques jours à doses décroissantes.

La périodicité était tellement évidente dans ce cas, qu'on ne devait pas hésiter un seul instant à administrer le sulfate de quinine; aussi l'ai-je prescrit la pre-

mière fois que j'ai vu le malade. Mais il avait de la répugnance pour ce médicament, et il ne se décida à le prendre que trois jours après ; c'est là une circonstance qui nous permet de juger d'une manière bien précise l'efficacité du fébrifuge. Pendant ces trois jours, en effet, les accès, loin de se dissiper, ont sensiblement augmenté de violence, et il était devenu évident que la névralgie n'avait aucune tendance à disparaître d'elle-même. Le jour qui a suivi la première administration du sulfate de quinine, l'accès a été tout aussi fort que les jours précédents ; mais il n'y avait que douze heures que le médicament avait été pris, et l'on sait qu'il n'agit souvent qu'après un temps plus long. Ce fait n'a donc rien qui sorte, sous ce rapport, de la règle ordinaire. L'influence du remède sur les accès suivants a été trop évidente pour que je croie devoir la faire remarquer.

Je ne parlerai ni de la dissémination des points douloureux, ni de la douleur à la pression, ni de la douleur permanente ; ce serait répéter, à propos de ce cas, ce qui a été dit à l'occasion des précédents.

Dans les observations des auteurs, je trouve sept fois une périodicité bien marquée, et le sulfate de quinine ayant été administré dans deux de ces cas, il a eu un succès notable et rapide. Mais aussi, dans les cinq autres, le traitement de Méglin et d'Hutchinson, ainsi que l'emploi du café, ont été mis en usage et suivis d'une guérison aussi solide, bien qu'un peu plus lente ; c'est un point sur lequel je reviendrai à l'article du traitement. Dans trois cas, au contraire, la périodicité fut douteuse, et lorsque le sulfate de quinine fut administré, il n'eut aucun succès, tandis que les autres médications amenèrent promptement la guérison.

Ainsi, bien que la périodicité n'ait pas été aussi fréquente qu'on le pense communément, elle n'a pas été rare, puisque nous la trouvons dans la proportion suivante :

Périodicité évidente. . . .	10 fois	Sur 46 cas.
— douteuse.	4	
Total. . .	14	

Cette proportion paraîtra assez considérable lorsque j'aurai fait connaître ce qui se passe dans les autres névralgies, où la périodicité ne se montre que très rarement et avec des caractères le plus souvent douteux.

La *durée* des accès périodiques variait d'une à six ou sept heures; ordinairement, il n'y avait qu'un accès par jour; un sujet en éprouvait deux dans les vingt-quatre heures. Leur *intensité* était toujours considérable. M. Bellingeri (1) a avancé que les accès périodiques se développent toujours avant le milieu de la journée; mais cette assertion est contredite par les faits. En n'ayant égard qu'aux seuls cas dans lesquels nous avons noté une périodicité incontestable, nous en trouvons trois sur dix, dont les accès se déclaraient à une heure plus ou moins avancée de la soirée. Le même auteur affirme aussi que jamais les accès ne sont périodiques dès le début. Quoique plus généralement vraie que la proposition précédente, celle-ci n'est point non plus rigoureusement exacte, puisque chez le malade dont on vient de lire l'observation, le début de l'affection a été marqué par l'apparition d'un accès qui s'est reproduit, les jours suivants, aux mêmes heures.

Bien que j'aie constaté assez fréquemment la périodicité, il y a encore loin de mes résultats à ceux que le docteur Rennes a tirés de ses observations. Il a eu occasion d'observer, dans l'espace de quinze mois, trente-

(1) *Loc cit.*

deux névralgies de la face qui présentaient toutes une périodicité plus ou moins évidente, et qui toutes cédèrent promptement au sulfate de quinine. Mais quoiqu'une pareille constance dans la nature d'une maladie si variable, soit bien digne de remarque, on conçoit parfaitement que, dans certaines circonstances, une névralgie dont la tendance à revêtir le caractère intermittent est si grande, se montre toujours sous la forme d'une fièvre larvée. Au reste, remarquons que parmi toutes les névralgies, la névralgie trifaciale seule fournit un pareil exemple ; ce qui s'accorde très bien avec ce que j'ai dit plus haut.

Paroxysmes irréguliers. — Qu'il y eût ou non des accès périodiques, on observait chez tous les malades des paroxysmes revenant ordinairement plusieurs fois par jour, à des intervalles très variables. Dans quelques cas, tantôt ils avaient lieu à presque toutes les heures de la journée, et tantôt ils ne se reproduisaient qu'après un ou plusieurs jours. Ce sont en grande partie ces paroxysmes, formés principalement par un plus ou moins grand nombre d'élancements violents, qui ont fait regarder la névralgie de la face comme essentiellement intermittente. Mais on a vu que cette opinion n'était pas fondée ; que, dans l'intervalle des paroxysmes, et même des élancements les plus rapprochés, il restait une douleur sourde, plus ou moins incommode, propre à caractériser la maladie aussi bien et mieux que les douleurs intermittentes. S'il arrivait que toute espèce de douleur cessât complètement dans le cours de l'affection, ce fait était entièrement exceptionnel, et l'on ne voyait pas ces moments de calme parfait se reproduire fréquemment chez le même individu. Quant à la *durée* des paroxysmes, elle variait d'un quart d'heure à dix ou douze heures ;

dans deux cas même, elle a été de vingt-quatre à quarante-huit heures. Leur *violence* était aussi très variable ; mais en général on peut dire qu'elle était très grande. On a avancé (Frank) que les paroxysmes étaient plus fréquents la nuit que le jour. Je présente, dans le tableau suivant, ce que nous apprend à ce sujet l'analyse des observations.

FRÉQUENCE RELATIVE DES PAROXYSMES LA NUIT ET LE JOUR.

Variable.	Plus grande la nuit.	Moins grande la nuit.	Égale.
8	6	8	7
	Total. .	25	

On voit donc que les auteurs qui ont regardé la névralgie comme ayant des exacerbations plus fréquentes à une époque de la journée qu'à une autre, n'ont point eu égard à tous les cas, et ne se sont prononcés que d'après certains faits qui les avaient sans doute fortement frappés. Du tableau précédent il ne résulte autre chose que la grande variation des paroxysmes.

Dans le plus grand nombre des cas, les paroxysmes ou les accès survenaient sans aucun symptôme précurseur. Chez deux sujets seulement sur quatorze, il y eu quelques prodrômes ; dans un cas, c'était une sensation de chaleur le long du sourcil, où bientôt venait se faire sentir la douleur, et dans l'autre, une céphalgie vague qui devenait de plus en plus intense, et qui finissait par se localiser et par prendre le caractère d'élancements bien distincts. Dans sept des observations empruntées aux auteurs, des phénomènes de ce genre se

trouvent indiqués : les malades avaient tantôt de la démangeaison dans les parties affectées (une fois) ; tantôt une excrétion abondante de mucosités par les fosses nasales, tandis que la narine redevenait sèche pendant l'accès (une fois) ; tantôt une sensation de pincement et d'agitation convulsive des muscles du côté malade (une fois) ; tantôt enfin, de la toux sèche (une fois), de la dyspnée, des sanglots (une fois).

Je ne reviens pas ici sur les phénomènes véritablement fébriles qui précédaient certains accès ; il en a été suffisamment question plus haut.

Causes des exacerbations. — Mais sous quelle influence ces exacerbations, qui donnent à la maladie une physionomie si capricieuse, paraissent-elles se développer ? On pense généralement, et plusieurs faits semblent légitimer cette opinion, que ces rémissions et ces exacerbations si variables sont le plus souvent en rapport avec les variations météorologiques ; c'est à l'étude des faits qu'il faut demander la solution de ce problème. J'ai recherché, pour y parvenir, les jours dans lesquels les exacerbations ont été rigoureusement notées, et en comparant celles-ci aux variations météorologiques, j'ai obtenu les résultats suivants :

NOMBRE des observ.	TEMPÉRATURE.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
17	— 0	11	6	2/3
21	De 1 à 5° + 0	7	14	1/3
20	Au-dessus de 5° + 0	7	13	Un peu plus de 1/3

On voit par ce tableau, dont les nombres sont néanmoins trop faibles, que l'exacerbation des douleurs a eu lieu plus fréquemment lorsque la température était au-dessous de zéro, tandis qu'on peut regarder comme étant sensiblement les mêmes, les proportions obtenues lorsque le thermomètre marquait plus de 0°. Lorsque j'aurai étudié, sous le même point de vue, les autres névralgies, nous aurons des résultats qui pourront se joindre utilement à ceux que je présente ici et en augmenter la valeur.

Quant aux variations barométriques et hygrométriques, on peut les résumer dans le tableau suivant :

NOMBRE des observ.	TEMPÉRATURE.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
39	Humide.	17	22	Moins de 1/2
17	Beau.	8	9	Un peu moins de 1/2
2	Neige.	1	1	1/2

Ces proportions sont, comme on le voit, très sensiblement les mêmes, il en résulte que les changements plus ou moins notables dans l'atmosphère n'ont pas eu une influence marquée sur les exacerbations des douleurs. Ce sont donc les variations thermométriques qui ont eu la seule action constatée dans nos observations.

2° *Déclin de la maladie.* — C'est une opinion assez généralement admise que la névralgie trifaciale, comme les autres maladies du même genre, disparaît souvent tout-à-coup ; il n'en est rien cependant. Dans aucun des cas que j'ai réunis, les choses ne se sont passées de cette

manière. Les douleurs se dissipaient toujours graduellement ; quelquefois, il est vrai, une amélioration très considérable se manifestait du jour au lendemain , mais le plus souvent alors on voyait la douleur se reproduire avec sa première intensité, jusqu'à ce qu'en effet elle se dissipât après un plus ou moins grand nombre d'oscillations irrégulières.

On peut donc résumer ainsi qu'il suit la marche de la maladie dans la majorité des cas : *invasion* graduelle ; *état* caractérisé par de très grandes variations dans les douleurs , et *déclin* graduel comme l'invasion. L'exception la plus fréquente à cette règle, consistait dans une invasion *brusque*.

Avant de terminer ce que j'ai à dire sur la marche de la maladie, il importe de signaler une forme particulière de névralgie trifaciale. Chez un petit nombre de sujets, la névralgie se reproduisait une ou plusieurs fois par an, surtout pendant l'hiver, et se dissipait ordinairement après une courte durée , soit spontanément , soit sous l'influence d'un traitement quelconque. Ceux qui étaient affectés de cette sorte de névralgie présentaient souvent des douleurs de même nature dans diverses parties du corps , et étaient sujets à des migraines plus ou moins fréquentes. Je reviendrai sur ce point à l'occasion du diagnostic.

3° *Durée de la maladie.* — On ne saurait présenter la durée moyenne de cette affection , car elle est si variable, qu'on peut dire qu'elle est indéterminée. On trouve dans les auteurs des névralgies de la face qui ont duré plus de vingt ans. Un assez grand nombre de ces affections ,lorsqu'elles ne sont pas convenablement trai-

tées, tendent à se perpétuer et à devenir beaucoup plus graves. Dans les observations que j'ai recueillies, la durée a été de *dix minutes* à trois mois. La première de ces durées si différentes ne s'est présentée qu'une seule fois, et comme ce fait est unique dans la science, il pourrait être taxé d'exagération ; je vais le rapporter ici tel que je l'ai observé.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Névralgie trifaciale bornée au rameau frontal de la branche ophthalmique, et caractérisée par une douleur contusive, des élancements et un point douloureux à la pression ; disparition spontanée au bout de dix minutes.

Le sujet de cette observation est une femme de 40 ans, ans profession, d'une bonne constitution, d'un embonpoint ssez considérable, toujours bien réglée. Elle a toujours eu ne nourriture saine et abondante, et n'a habité que des eux secs, bien chauffés et bien aérés. Elle est sujette à avoir ssez fréquemment de l'embarras dans les digestions, et, il y quelques années, elle a eu pendant assez long-temps des ouleurs épigastriques, sans vomissements. Elle a éprouvé, y a quelques mois, une forte douleur bornée à l'épaule auche, augmentant surtout par les mouvements et occupant ne large surface. Du reste, aucune maladie grave.

Le 14 janvier 1840, au milieu de la meilleure santé, sans n'on pût découvrir aucune cause morbide appréciable, elle rouva presque tout-à-coup, au côté droit du front, un peu -dessus du trou sus-orbitaire, une douleur gravative, à quelle vinrent bientôt se joindre des élancements assez vifs, ais qui ne s'étendaient pas au loin. Le siége de la douleur ait borné à un point très peu étendu du front, dans la direc-n du nerf frontal. Dans ce même endroit la pression exas-rait la douleur à un très haut degré, et on pouvait s'assu- que le point douloureux n'avait pas plus d'un centimètre hauteur, sur un peu moins de largeur.

Dans le premier moment, les élancements ne revenaient

qu'une ou deux fois par minute, bientôt ils devinrent plus fréquents. Ils consistaient en une douleur qui, d'abord légère, devenait bientôt violente, puis cessait brusquement pour recommencer presque aussitôt. Il n'y avait pas de convulsions.

Cet état de la malade ne dura que *dix minutes*, pendant lesquelles elle était en proie à une vive anxiété; après ce court espace de temps, les douleurs commencèrent à diminuer, et disparurent bientôt sans laisser de trace. Elles ne se sont pas reproduites depuis, et aucune fonction n'a été altérée.

Est-il sûr que dans ce cas il y ait eu une véritable névralgie? car c'est la question qui se présentera d'abord à l'esprit de tous les lecteurs. On se fait une telle idée du tic douloureux, qu'assurément on n'aurait jamais reconnu cette maladie dans une douleur si passagère, sans une attention toute spéciale. Et cependant, nous trouvons, chez cette malade, les principaux caractères que nous avons reconnus aux névralgies, même les plus violentes. Nous avons : 1° la douleur permanente, contusive, sourde; 2° des élancements vifs, presque insupportables, dans le même point; 3° une douleur forte à la pression; et 4° tous ces phénomènes se passent dans un point circonscrit, et parfaitement limité, du nerf frontal. Il n'y a pas eu, il est vrai, plusieurs points douloureux disséminés; mais n'oublions pas que la maladie commençait à peine, et que dans beaucoup de cas où le diagnostic n'avait offert aucun doute, les douleurs s'étaient montrées d'abord dans un seul point, d'où elles s'étaient étendues plus ou moins loin. Quelle serait d'ailleurs, s'il ne s'agissait pas d'une névralgie, la maladie douloureuse dont on pourrait admettre l'existence? En y réfléchissant, on verra qu'il n'en est absolument aucune.

Si, malgré tant de preuves, il restait encore quelques

toutes, j'ajouterais que chez certains sujets prédisposés aux névralgies, et qui en éprouvent plusieurs fois par an dans divers points du corps, il survient quelquefois de petits accès semblables. Et chez ceux mêmes qui ont une violente névralgie, n'observe-t-on pas, dans certains moments, des paroxysmes dont la forme et la durée sont absolument identiques à l'accès que je viens de décrire? Mais ce que je n'ai vu nulle part, c'est que toute la maladie puisse se borner à un semblable accès, et c'est ce qui rend ce fait si remarquable.

En examinant plus attentivement qu'on ne le fait les sujets affectés de migraine, on trouvera sans doute plus d'un cas de ce genre.

En général, on peut dire que la maladie, quand elle a été traitée, a eu une durée de un mois à six semaines.

4° *Terminaison de la maladie.* — La névralgie qui nous occupe ne se termine pas par la mort, mais elle peut devenir chronique et très rebelle si un traitement bien dirigé ne lui est opposé. On a vu même certains malades être tellement tourmentés par les douleurs atroces qu'ils ressentaient, qu'ils ont été entraînés au suicide. Dans le plus grand nombre des cas, la terminaison est heureuse, comme on peut le voir dans ce tableau :

GUÉRIS.	NON GUÉRIS.	SOULAGÉS.	EN VOIE DE GUÉRISON.
34	5	7	2
Total des observations.		48 (1).	

(1) J'ai ajouté aux faits qui ont servi à mon analyse, deux cas qui me sont parvenus trop tard pour que j'aie pu en faire un plus grand usage.

Si nous joignons aux sujets guéris ceux qui étaient en voie de guérison, et qui ont voulu sortir de l'hôpital pour aller passer chez eux le temps de la convalescence, nous voyons que les trois quarts des cas se sont terminés par la guérison ; et il n'est pas douteux que ce nombre ne doive être augmenté, car, dans la névralgie de la face comme dans toutes celles qui sont remarquables par leur violence et leur longue durée, on voit fréquemment les malades vouloir changer de séjour, dans l'espoir d'un soulagement plus prompt.

5° *Récidives.* — Comme toutes les affections de ce genre, la névralgie trifaciale est sujette à se reproduire, soit sous l'influence des causes qui l'ont fait naître la première fois, soit sans cause connue. J'ai dit que quelques sujets en étaient fréquemment affectés [1], ce qui constituait une forme particulière. Chez eux, les récidives avaient lieu sous l'influence des causes les plus légères. Mais je ne parle ici que des sujets qui ont eu de véritables rechutes, et qui, après avoir présenté tous les symptômes d'une névralgie fixe et persistante, l'ont vue se reproduire avec les mêmes caractères, après une guérison plus ou moins long-temps soutenue. Quatre malades sur quatorze étaient dans ce dernier cas, et l'un d'eux eut, dans l'espace de cinq mois, trois récidives bien tranchées, qui avaient laissé entre elles un intervalle de quinze jours, pendant lesquels la malade jouissait d'une bonne santé (voir l'obs. III). Dans les autres cas, il y eut de huit jours à deux mois et demi d'intervalle entre la première attaque et la récidive.

Les observations empruntées aux auteurs ne signalent que quatre cas bien tranchés de récidive ; mais la plupart ne présentant pas des détails suffisants à cet égard,

on ne doit pas regarder cette faible proportion comme la véritable. Dans tous les cas, la récidive fut aussi intense, ou plus, que la première attaque. Un des quatre sujets avait eu, dans l'espace de onze ans, quatre ou cinq rechutes; un autre en avait éprouvé de plus nombreuses encore, dans l'espace de huit ou neuf ans.

ART. VI. — LÉSIONS ANATOMIQUES.

S'il est vrai de dire que la science ne possède que très peu de renseignements sur l'anatomie pathologique des névralgies, cette proposition ne s'applique à aucune de ces affections mieux qu'à la névralgie de la face. On trouve, à ce sujet, disséminés dans les ouvrages de quelques auteurs, des renseignements en petit nombre et presque toujours fort vagues, qui ont été rapportés bien des fois. Je me bornerai à les indiquer rapidement.

Thouret cite deux cas observés par Brieude où l'on rencontra une hydropisie du cerveau; Bichat nous apprend que Desault, dans deux cas semblables, trouva les nerfs du côté malade dans le même état que ceux du côté opposé. « J'ai eu occasion, dit M. Rousset (1), de disséquer, avec Dupuytren, le nerf facial d'un homme qui avait été tourmenté fort long-temps d'un tic douloureux de la face; le volume de ce nerf était de beaucoup supérieur à celui du côté opposé; *sa nutrition était évidemment accrue*, ce qui nous parut l'effet d'une longue irritation excitée en lui par le tic douloureux, bien plutôt que la cause de la maladie. » D'un autre côté, Astley Cooper rapporte, dans ses Leçons, que le docteur Thomas a vu un cas de névralgie sous-orbitaire, où le nerf

(1) *Dissert. sur la sciat. nerv.* Thèse, Paris, 1804.

malade était d'un volume *beaucoup moins considérable* que celui du côté opposé.

D'autres auteurs ont trouvé des tumeurs cancéreuses dans l'intérieur du crâne ; un des faits les plus remarquables de ce genre a été observé par M. Montault (1). Dans ce cas, la tumeur, du volume d'une noix, inégalement bosselée à sa circonférence, était dure et pesante ; à l'incision, elle présentait une substance fibreuse, comme lardacée, criant sous le scalpel, avec quelques points rougeâtres, violacés, disséminés dans son épaisseur. Outre les diverses altérations qu'offraient à considérer les tissus environnants, on remarquait la disposition suivante : « la cinquième paire est aplatie et infiltrée, ainsi que le renflement qui fournit les trois branches ; la septième et la huitième sont confondues avec la tumeur dont elles côtoient le bord interne et la face inférieure, avant d'arriver au trou labyrinthique. Les nerfs crâniens ont été examinés dans le reste de leur trajet ; les première, deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième paires ne présentent aucune altération sensible ; les branches de la cinquième surtout ont été suivies à droite et à gauche sans présenter de différences. »

Enfin, plusieurs auteurs ont cité des cas en assez grand nombre, dans lesquels il n'y avait aucune apparence de lésion dans le nerf affecté.

Une remarque qui s'applique à presque tous ces faits, et que M. Chaponnière a déjà faite, c'est que les caractères de la névralgie de la face n'y sont pas donnés avec toute la précision désirable. Cette remarque acquiert beaucoup plus d'importance encore, maintenant que nous possédons des moyens plus sûrs de distinguer le tic dou-

(1) *Journal de physiologie*, publié par M. Magendie, 1820.

loureux de toutes les affections qui peuvent avoir quelques rapports avec lui. On sent combien il serait nécessaire de savoir si, dans les cas où l'on a rencontré des lésions évidentes, comme des tumeurs fongueuses dans l'intérieur du crâne, il existait quelques uns de ces points douloureux si remarquables qui ont été décrits plus haut ; si ces points étaient bien isolés et douloureux à la pression ; s'ils étaient de véritables foyers de douleur. On conçoit, en effet, très bien que des tumeurs de ce genre puissent donner lieu à des douleurs lancinantes traversant une plus ou moins grande épaisseur de tissus, sans constituer une véritable névralgie; n'en est-il pas de même dans tous les cancers? Il est donc permis de croire que l'identité n'est pas parfaite; et le serait-elle, ces altérations anatomiques, coïncidant avec une maladie qui existe si fréquemment sans elles, n'en acquerraient pas une plus grande valeur, ainsi que la plupart des auteurs récents l'ont fait remarquer.

Je ne ferai point de réflexions sur les autres lésions signalées; il est évident qu'on ne saurait considérer comme une lésion anatomique importante, une *hypertrophie* peut-être plus apparente que réelle, lorsque, dans d'autres cas, on rencontre une *atrophie* du même organe, et dans d'autres une ressemblance parfaite entre le côté malade et le côté sain.

Art. vii. — Causes.

Après l'excellente thèse de M. le docteur Chaponnière (1), il me reste fort peu à faire sur les causes de la névralgie trifaciale. Cependant, comme les observations que j'ai recueillies présentent un grand nom-

(1) *Essai sur le siége et les causes des névralgies de la face.* Thèse, Paris, 1832.

bre de détails dont l'exactitude m'est prouvée, je crois devoir en donner l'analyse, afin de joindre mes résultats à ceux que l'étude attentive des nombreux faits répandus dans la science a fournis à M. Chaponnière. Quant aux observations que j'ai empruntées aux auteurs, elles ont été analysées par lui, en sorte que ce serait un double emploi que de les rappeler ici.

§ Ier. Causes prédisposantes.

1° *Age.* — Aucun sujet n'avait moins de vingt ans; un seul en avait plus de soixante. Le nombre des malades, aux diverses périodes comprises entre ces deux extrêmes, n'était pas le même : voici les proportions :

A 20 ans.	4
De 20 à 30.	4
De 30 à 40.	4
De 40 à 50.	1
Passé 60.	1
Total. . .	14

Il faut toutefois remarquer que ces observations ont été presque toutes prises dans des hôpitaux d'adultes, et que la proportion des individus suivant les âges n'est pas connue, en sorte qu'on ne peut pas tirer de ces nombres une conclusion tout-à-fait rigoureuse relativement à la fréquence de la maladie chez les enfants et chez les vieillards. Voyons maintenant ce qu'on trouve dans la thèse de M. Chaponnière.

De 1 à 10 ans. . . .	2
De 10 à 20.	12
De 20 à 30.	26
De 30 à 40.	23
De 40 à 50.	24
De 50 à 60.	17
De 60 à 70.	11
De 70 à 80.	4
Total. . .	119

Les périodes les plus chargées sont les trois comprises entre vingt et cinquante ans ; et comme on ne peut pas douter que les recherches n'aient été faites sur un grand nombre d'individus de tout âge, il faut en conclure que le très jeune âge est presque entièrement exempt de cette affection. On ne peut pas en dire autant de la vieillesse, parce que, je le répète avec M. Chaponnière, on ne connaît pas la véritable proportion des individus aux différents âges. J'ajoute que si, de cinquante à soixante ans, le nombre des malades est moins considérable, il l'est d'une si faible quantité, qu'on peut la négliger; d'où il suit que les quatre périodes de dix ans, comprises entre vingt et soixante, ont été également sujettes à la névralgie de la face (1). Ce résultat sera regardé comme important, lorsqu'on saura que les choses se passent de même dans la névralgie sciatique.

2° *Sexe.* — On sait que sur ce point il y a eu quelques dissidences. Thouret et J. Frank pensaient que la névralgie faciale était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; et le docteur Bellingeri nous apprend que sur 21 sujets observés par lui, 13 étaient des hommes, et 8 des femmes. Mais tous les autres auteurs, tels que Fothergill, Siebold, Hartmann, Méglin, etc., etc., ont constaté le contraire. Des 14 sujets dont j'ai recueilli l'histoire, 10 étaient du sexe féminin, et 4 seulement du sexe masculin. M. Chaponnière, en faisant le relevé de 253 observations, a

(1) Parmi les faits cités par M. Chaponnière, il en est quelques uns qui sont donnés comme des névralgies du nerf facial dont il n'est pas question ici ; mais comme ils sont également répartis, ils ne changent rien aux proportions.

trouvé qu'il y avait 133 femmes et 120 hommes ; il en conclut que la maladie est à peu près également fréquente dans les deux sexes. En joignant mes observations à celles qu'il a rassemblées, on trouve :

Hommes.	124
Femmes.	143
Total. . . .	267

Sans doute la différence est peu considérable, et il serait téméraire d'en tirer une autre conclusion que celle qu'en a tirée M. Chaponnière.

Il importe, pour terminer ce que j'ai à dire du sexe, de chercher si les proportions suivant les âges étaient les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Ce sont les résultats de ces recherches qu'on va voir dans le tableau suivant :

OBSERVAT.	AVANT 20 ans.		DE 20 à 30.		DE 30 à 40.		DE 40 à 50.		DE 50 à 60.		DE 60 à 70.		DE 70 à 80.	
	Masc	Fém	Masc	Fem	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém
D'après mes observat.	0	0	1	7	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0
D'après celles qui ont été rassemblées par M. Chaponnière.	5	9	10	16	12	11	11	13	9	8	5	6	2	2
TOTAUX.	5	9	11	23	15	13	11	13	9	8	5	7	2	2

Ainsi, depuis un âge inférieur à vingt ans jusqu'à trente, le sexe féminin a paru plus sujet à la névralgie de la face, et, passé cet âge, la fréquence a été égale ou un peu supérieure chez les hommes. Les différences ne sont

sans doute pas assez considérables pour qu'on puisse leur accorder une bien grande valeur; mais peut-être en avançant dans l'histoire des névralgies, et en les étudiant dans les autres régions du corps, obtiendrons-nous quelques résultats qui viendront donner plus d'importance à ces faibles proportions. Au reste, il est remarquable que le peu d'observations que j'ai recueillies, concorde si bien avec celles que M. Chaponnière a rassemblées en beaucoup plus grand nombre.

3° *Constitution.* — En réunissant les divers éléments de la constitution chez les malades que j'ai observés, on voit qu'elle était bonne ou robuste chez sept sujets, c'est-à-dire chez la moitié; qu'elle était médiocre chez cinq, et qu'elle était mauvaise chez deux femmes, dont l'une, âgée de 68 ans, avait supporté beaucoup de privations, et avait éprouvé diverses maladies des os, qu'il n'était pas facile de caractériser, mais qui laissaient des cicatrices profondes et déprimées avec perte de substance. Je n'entrerai pas dans de plus grands détails, à cause du petit nombre de faits.

Quant au *tempérament*, il était lymphatique dans un cas, bilieux ou bilieux-sanguin dans trois; chez les autres, il présentait une plus ou moins grande partie des caractères qui ont été assignés au tempérament nerveux. Il faudrait, comme on le voit, des renseignements beaucoup plus exacts, et surtout un plus grand nombre de faits, pour se prononcer d'une manière positive sur l'influence du tempérament et de la constitution. En recourant aux observations des auteurs, on n'arrive pas à un résultat plus précis; car voici ce que dit M. Chaponnière à ce sujet (1) : « Ce qu'on peut affirmer rela-

(1) *Loc. citat.*, p. 20.

» tivement aux tempéraments, c'est qu'ils sont tous ex-
» posés à cette maladie, les tempéraments nerveux, hysté-
» riques, hypochondriaques, mélancoliques, comme le
» veut Pujol (1); les tempéraments forts, bilieux, sanguins,
» pléthoriques, à muscles développés, comme le pense
» Bellingeri; les tempéraments leuco-phlegmatiques,
» lymphatiques, à cheveux blonds et à muscles peu dé-
» veloppés, comme ne le croit pas Leuthner (2). Dire le-
» quel l'est le plus, c'est ce que personne ne doit se
» hasarder à affirmer, jusqu'à ce que des faits plus précis
» nous l'apprennent. » J'ajouterai seulement que plus de la moitié des sujets (8) avaient un *caractère* impressionnable et irritable.

4° *Conditions hygiéniques*. — M. Chaponnière n'a pu s'expliquer que très vaguement à ce sujet, parce que les auteurs sont généralement muets sur tout ce qui concerne les conditions hygiéniques, ou ne donnent, à cet égard, que des renseignements très vagues, et sur lesquels on ne saurait baser une statistique convenable. Parmi les faits que je possède, il en est douze seulement qui peuvent servir à éclairer la question; je vais en donner l'analyse, tout en regrettant que les nombres soient aussi insuffisants; mais ils pourront être utiles plus tard.

Habitation. — Elle est indiquée dans onze cas ainsi qu'il suit :

Habitation constante dans une chambre sèche, chauffée, bien éclairée.	8
Id., depuis quelques mois seulement.	3
Habitation dans une chambre humide et froide.	0
Total.	11

(1) *Essai sur la mal. de la face nommée le tic douloureux*, Paris, 1787.
(2) *De dolore faciei, etc.*, Wurceburgi, 1810.

L'habitation n'a eu, d'après ce tableau, aucune influence réelle.

Nourriture. — Cinq fois elle était médiocre ou irrégulière; mais il n'y avait eu de dépérissement réel que chez une vieille femme qui depuis plusieurs années était dans une profonde misère. Les autres sujets avaient conservé leur embonpoint et leurs forces; en sorte que la nourriture ne paraît pas avoir eu plus d'influence que l'habitation.

5° *Hérédité.* — Tous les auteurs ont regardé les névralgies de la face comme une maladie héréditaire; mais les faits sont insuffisants pour se prononcer à cet égard. Dans ceux que j'ai recueillis, huit seulement peuvent nous être utiles. Dans deux cas, le père ou la mère des malades avait éprouvé des douleurs lancinantes dans le trajet d'un ou de plusieurs nerfs du corps, sans qu'il y eût rien d'apparent à l'extérieur; un sujet m'a rapporté que sa mère était sujette à la migraine une ou deux fois par mois; le père d'un autre avait eu des attaques de goutte pendant un grand nombre d'années. Dans les autres cas, les parents n'avaient rien présenté de semblable. Ce ne serait donc que dans une très faible proportion des cas que la maladie aurait paru héréditaire. On ne peut tirer aucune conclusion rigoureuse de ces faits.

6° *État de la menstruation.* — Je ne trouve que bien peu de renseignements dans les auteurs, sur l'état de la menstruation considéré comme cause prédisposante des maladies de la face. Aussi, M. Chaponnière, si exact dans l'analyse des observations qu'il a rassemblées, passe-t-il complétement cette question sous silence. Voici ce qui avait lieu chez les dix femmes que j'ai observées :

Toujours bien réglée et sans douleurs d'aucune espèce.	1
Menstruation régulière, mais accompagnée de douleurs lombaires et hypogastriques, de céphalalgie et d'autres symptômes de dysménorrhée.	3
Règles supprimées à une époque plus ou moins éloignée du début ; mais ayant repris leur cours ordin.	1
Irrégulières et plus ou moins diminuées d'abondance, tantôt avançant, tantôt retardant de plusieurs jours.	2
Supprimées depuis deux ou trois mois.	2
Cessation complète des règles par suite de l'âge. . .	1
Total. . .	10

On voit donc que, sur les dix cas, il n'y en avait réellement qu'un qui présentât une menstruation aussi régulière et aussi abondante que dans l'état de santé; mais le trouble de cette fonction était-il la cause ou le résultat de la maladie? Dans trois cas, tout portait à croire que la névralgie avait eu pour cause prédisposante une cessation des règles, et dans trois autres, l'irrégularité et la difficulté de l'écoulement durant depuis un assez long temps avant l'apparition de la maladie nerveuse, on peut penser qu'il y a eu un rapport de cause à effet entre les troubles de la menstruation et la production des douleurs.

Dans les dix-sept observations des auteurs, prises chez des sujets du sexe féminin, sept seulement font mention de l'état de la menstruation. Trois fois les règles avaient lieu comme dans l'état de santé, et quatre fois elles étaient supprimées depuis plus ou moins long-temps lors de l'apparition de la névralgie; dans un seul de ces cas, la douleur de la face se manifesta presque immédiatement après la suppression des règles. Les troubles de la menstruation ont donc paru avoir quelque liaison avec la névralgie dans un peu plus de la moitié des cas.

7° *Maladies antécédentes*, ou *concomitantes*. — C'est encore un point sur lequel les auteurs gardent le

silence, ou ne donnent que des renseignements extrêmement vagues. Voici ce que m'apprennent mes observations :

1° Maladies antécédentes :

	Nombre des cas.
Convulsions dans l'enfance. . . .	1
Rhumatisme.	4
Blennorrhagie bien guérie. . . .	2 (hommes).

2° Maladies concomitantes :

	Nombre des cas.
Hystérie.	2 (femmes).
Épilepsie.	3 *id.*
Migraines fréquentes.	2
Emphysème pulmonaire.	1

Dans aucun cas on n'a pu attribuer la maladie au virus syphilitique. M. Chaponnière (1) avait déjà démontré que l'opinion des auteurs qui admettent une pareille cause, n'est nullement fondée sur les faits.

De toutes les affections que je viens d'indiquer, celles qui siégeaient dans le système nerveux étaient les plus fréquentes et les plus remarquables ; en sorte que ce résultat vient encore confirmer l'opinion des auteurs qui accordent au tempérament nerveux une certaine influence.

8° *Saisons.* — Les auteurs n'ont point cherché à établir par des chiffres l'influence des saisons. Dans les quatorze cas que j'ai observés, le début a été noté onze fois d'une manière précise ; il l'a été également dans dix des observations que j'ai empruntées aux auteurs. Et voici à quelles époques de l'année il a eu lieu dans ces vingt-et-un cas :

(1) *Loc. cit.*, pag. 41 et suiv.

MOIS.	NOMBRE DES CAS.
Janvier.	6
Février.	1
Mars.	4
Avril.	0
Mai.	1
Juin.	1
Juillet.	0
Août.	0
Septembre.	0
Octobre.	2
Novembre.	2
Décembre.	4
Total. . . .	21

Les trois mois d'hiver sont de beaucoup les plus chargés, puisqu'ils renferment un peu plus de la moitié des cas. Les proportions deviennent plus notables encore lorsqu'on réunit les six mois les plus froids de l'année, depuis novembre jusqu'à avril, pour les comparer aux six autres; car on a alors dix-sept cas pour les premiers et quatre seulement pour les seconds; en d'autres termes, la névralgie de la face s'est développée chez les quatre cinquièmes des sujets pendant les six mois froids de l'année.

Je n'ai rien de nouveau à dire sur le *climat*, mes observations ayant été toutes prises à Paris; voici ce que j'ai trouvé dans la thèse de M. Chaponnière que j'ai si souvent citée. Après avoir prouvé par les faits qu'il est impossible de se faire une idée exacte de l'influence du climat, d'après ce qu'ont écrit les médecins des divers pays, cet auteur ajoute (1) : « J'ai compté quel nombre

(1) *Loc. citat.*, p. 23.

d'observations j'avais trouvé dans les journaux de chaque pays, et le résultat a été que la France en a fourni le plus grand nombre, puis l'Angleterre, puis l'Allemagne, puis l'Italie. Je n'ai pas besoin d'insister sur les causes d'inexactitude qui empêchent encore ce résultat d'être regardé comme vrai ; je ne le donne qu'à défaut de renseignements plus positifs et en désespoir de cause. »

§ II. Causes occasionnelles.

Les auteurs n'ont guère cité, relativement aux causes occasionnelles, que des faits isolés ; on conçoit qu'en agissant ainsi on ne soit arrivé qu'à des résultats fort vagues. Il faudrait, pour pouvoir compter sur la rigueur des conclusions, qu'un nombre considérable de faits bien observés eût été analysé avec soin. Non seulement il n'en est pas ainsi, mais encore il est impossible avec l'aide des observations que nous ont laissées nos devanciers, d'établir le moindre calcul de proportion ; on le comprendra facilement, lorsqu'on saura qu'elles sont presque toutes muettes sur le plus grand nombre des causes possibles.

Des quatorze malades que j'ai observés, huit avaient vu survenir leur névralgie sans qu'ils pussent en indiquer la cause prochaine ; ils ne s'étaient point refroidis ; ils n'avaient fait aucun excès, ils n'avaient reçu aucun coup, et ils ne présentaient point de dent cariée qui les fit souffrir actuellement et qui parût être la source des douleurs. Dans les six autres cas, il était permis de rapporter la production de la névralgie :

A un refroidissement.	5 fois.
A une suppression de règles. . . .	1

Les détails de ce dernier cas ont été présentés plus haut (observ. III). Dans ceux où le froid parut agir avec efficacité, les malades restèrent pendant long-temps exposés à un froid humide qui leur causa une grande incommodité. Jamais je n'ai vu la maladie produite par un refroidissement subit, le corps étant en sueur, comme Thouret et quelques autres auteurs en citent des exemples remarquables. Il suit de ce qui précède, que, de toutes les causes occasionnelles, celle qui a le plus d'efficacité est l'action prolongée du froid. On parvient au même résultat si l'on considère les individus sujets à de fréquentes attaques de cette maladie. C'est, en effet, presque toujours pendant l'hiver, et après avoir été exposés quelque temps au froid, qu'ils étaient repris de leurs douleurs.

Peut-on voir, dans certaines maladies de la face, des causes occasionnelles de névralgie trifaciale ? Les auteurs citent des cas où l'on a trouvé des entozoaires dans les sinus; mais, dans ces cas, y avait-il bien une névralgie trifaciale avec tous ses caractères? c'est ce qu'il n'est pas permis de conclure des observations qu'ils nous ont laissées.

État des dents. — Dans onze cas seulement pris dans mes observations et celles des auteurs, l'état des dents se trouve mentionné. Dans neuf, il y avait une ou plusieurs molaires cariées; mais quatre sujets, dont trois étaient affectés d'une névralgie des trois branches, n'avaient jamais eu de douleurs de dents. Six autres, dont quatre avaient une névralgie des trois branches, éprouvant quelques douleurs dans les gencives, on avait pu croire que la source du mal se trouvait dans les dents cariées; mais on fut bientôt détrompé, car l'avulsion ne

détermina aucun soulagement; plusieurs fois même elle fut suivie d'une augmentation notable et durable dans l'intensité des douleurs. Les premiers symptômes, chez un sujet qui, auparavant, n'avait jamais éprouvé de névralgie, commencèrent un quart d'heure après l'extraction d'une dent canine, siége d'une simple odontalgie.

Ainsi, dans un seul cas, nous trouvons une cause occasionnelle évidente, et cette cause n'est point la carie d'une dent, mais bien son extraction. Ces faits viennent à l'appui de l'opinion que M. Chaponnière a exprimée en ces termes : « Cette cause par carie ou par exostose des dents doit être fort rare, car il est bien peu d'observations de névralgie dans lesquelles on ne lise que les individus affectés se sont fait extraire plusieurs dents dans l'espoir d'alléger leurs douleurs, sans obtenir par là le moindre soulagement. »

Dans aucun des cas que j'ai observés, je n'ai vu la maladie survenir après la *répercussion d'un exanthème*, *la suppression d'un flux habituel*, etc. Il m'est donc absolument impossible de porter le moindre jour dans ces questions si obscures. On a encore assigné comme cause occasionnelle à la névralgie trifaciale un *coryza* siégeant dans la narine, du côté malade, et développé plus ou moins long-temps avant le début des douleurs. Ce point d'observation est fort délicat, car si l'on songe que souvent les symptômes du coryza appartiennent à la maladie elle-même et n'en sont nullement la cause, on conçoit combien l'erreur est facile. Je n'ai malheureusement pas recueilli assez de renseignements sur ce point; cependant je puis citer deux faits qui ne font pas partie de cette analyse, et dans lesquels les symptômes d'un très léger coryza ont très fréquemment

précédé l'apparition des attaques de névralgie. Il s'agit de deux sujets qui ressentaient souvent, pendant l'hiver, des douleurs dans le trajet d'un grand nombre des nerfs du corps : quelquefois un coryza dont les symptômes étaient l'enchifrènement, la sécrétion de quelques mucosités claires, ou teintes d'un peu de sang, précédait, chez eux, les douleurs névralgiques, qui se dissipaient en même temps que lui.

On a cité des cas où l'on a cru reconnaître une névralgie *sympathique*, dont la source était dans un organe plus ou moins éloigné. Je renvoie, à ce sujet, à ce que j'ai dit des troubles de la digestion et de la menstruation.

§ III. Nature de la maladie.

Les anciens attribuaient la maladie à une matière âcre, subtile ou épaisse, comprimant et agaçant le nerf ou même l'étranglant, pour me servir de l'expression d'André. Malgré la réfutation de Thouret, quelques modernes ont admis ces causes d'irritation matérielle; ainsi, Pinel et Chaussier n'ont pas le moindre doute à cet égard, et le docteur Bellingeri reconnaît pour cause à la névralgie, au moins dans quelques cas, une acrimonie fixée dans les nerfs de la tête. Plus tard on voulut chercher cette cause dans l'inflammation aiguë ou chronique (1), ou dans l'augmentation de vascularité des nerfs (2). Je ne m'attacherai pas à réfuter ces diverses opinions qui ne sont pas appuyées sur les faits; il me suffit de renvoyer aux considérations précédentes sur l'anatomie pathologique pour démontrer combien la plupart sont erronées.

(1) *Dictionnaire des scienc. méd.*, t. XXXV, art. Névral., p. 506.
(2) Parry, *Elem. of pathol. and therap.*

Quant aux autres théories, elles ne consistent qu'en de vaines hypothèses qui ne doivent pas nous arrêter un instant. La névralgie trifaciale doit donc être considérée, jusqu'à nouvel ordre, comme une lésion purement fonctionnelle, dont la cause organique nous échappe complétement.

ART. VIII. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

§ Ier. Diagnostic.

La névralgie trifaciale a des caractères généralement très prononcés, en sorte qu'il est fort rare que le diagnostic présente quelque difficulté. Mais 1° il est certaines maladies douloureuses de la face qui s'en rapprochent quelquefois, et qui pourraient être, à la rigueur, confondues avec elle; 2° il importe de savoir s'il existe ou non une névralgie du nerf facial, afin de pouvoir, dans ce cas, la distinguer de celle dont je viens de tracer l'histoire.

1° *Maladies qui ont quelques rapports avec la névralgie trifaciale.—Rhumatisme de la face.* —Les auteurs ont généralement pensé que cette affection pouvait être confondue avec celle qui nous occupe, et voici les signes qu'ils ont indiqués pour la distinguer. Selon eux, la douleur rhumatismale n'est jamais périodique comme la névralgie, n'a pas des intermissions aussi longues, et est toujours augmentée par la pression, tandis qu'une pression énergique diminue ou suspend la douleur névralgique. Le rhumatisme s'accompagne de fièvre, augmente par la chaleur du lit, présente de la rougeur et de la chaleur à un certain degré, n'a pas un centre d'intensité, et ne suit pas la direction des nerfs; tandis que

le contraire a lieu dans la névralgie de la face. D'autres auteurs, au contraire, ont dit que la douleur rhumatismale est plutôt diminuée qu'augmentée par une irritation faite à la partie souffrante, tandis que la prosopalgie peut être provoquée sur-le-champ, et pendant l'accès s'accroître à la rage par les plus légers attouchements. Suivant Halliday (1), il y aurait encore cette différence entre le rhumatisme et la névralgie de la face, que le premier se manifeste d'ordinaire après un refroidissement partiel, tandis que rarement le tic douloureux est dû à une pareille cause.

Il suffit de ces citations pour montrer combien sont peu précis les signes différentiels que les auteurs disent avoir trouvés entre ces deux affections. La cause en est peut-être dans la rareté du rhumatisme musculaire de la face. Quant à moi, depuis trois ans que mon attention est fixée sur les douleurs de toute espèce qui siègent dans cette partie du corps, je n'ai jamais trouvé un cas qu'on pût regarder comme un rhumatisme de la face, et c'est vainement que j'en ai cherché des cas détaillés dans les auteurs. M. Chomel (2) et M. Requin (3) disent formellement qu'ils ne l'ont jamais observé. J'ajouterai que ce qui a été dit de part et d'autre relativement à la pression, n'a point une grande valeur, puisque ce mode d'exploration n'a pas été fait de telle manière qu'on pût parvenir à un résultat positif, et je terminerai par la remarque suivante : Si une affection véritablement rhumatismale se présentait à l'observation, il serait probablement très facile, avec la con-

(1) Halliday, *loc. citat.*, p. 113.
(2) *Essais sur le rhumatisme*, th., Paris, 1813.
(3) *Leçons de clin. méd. — Rhum. et gout.*, Paris, 1837, p. 46.

naissance que nous avons maintenant de l'existence des points douloureux et de leur siége, de la distinguer d'une névralgie.

Fluxions des joues. — Je ne m'arrêterai pas à cette maladie ; car il est évident que le gonflement, la tension de la peau, sa rougeur et le siége moins circonscrit des douleurs, empêcheront que, dans aucun cas, on ne croie à l'existence d'une névralgie, quoique, quelquefois, il y ait un peu de tuméfaction des joues dans la névralgie trifaciale.

Odontalgie. — Les douleurs des dents ont quelque analogie avec celles du tic douloureux de la face ; elles peuvent être, en effet, déchirantes; elles s'accompagnent d'élancements plus ou moins violents, et elles ont des rémissions souvent très marquées. On comprend facilement qu'il en soit ainsi, lorsqu'on songe qu'elles sont dues à une irritation du bulbe nerveux. Mais le sujet indique ordinairement très bien la source de sa douleur; quand on touche la dent, et surtout dans sa portion cariée, la souffrance est excessive; enfin, et c'est là le point le plus important, on ne détermine pas de la douleur par la pression dans les points d'élection qui ont été signalés déjà tant de fois.

Migraine. — La migraine n'est point une maladie assez bien étudiée, malgré sa fréquence, pour qu'on puisse avoir une opinion bien arrêtée sur son siége et sa nature. Plusieurs médecins pensent qu'elle occupe les nerfs superficiels de la tête, et que, par conséquent, elle est de nature névralgique. J'ai vu un certain nombre de cas dans lesquels on ne pouvait pas douter qu'il en fût ainsi; chez des individus qui étaient sujets à des névralgies de différentes parties du corps, des attaques de mi-

graine avaient lieu de temps en temps, et la douleur commençant par un des points qui ont été signalés plus haut, tels que la partie interne du sourcil, la bosse pariétale, l'angle inférieur de la tempe, s'étendait bientôt à tout un côté de la tête et devenait très violente. Il y avait alors une sensibilité générale dans toute la partie affectée, mais elle était toujours plus considérable dans les lieux primitivement atteints, d'où les élancements partaient le plus ordinairement. On pourrait objecter que, dans ces cas, il existait une véritable névralgie trifaciale et non une simple migraine. Mais la marche de la maladie ne permettait pas d'avoir une pareille opinion. La douleur, d'abord faible, augmentait rapidement, empêchait les malades de se livrer à la moindre occupation, rendait, quelquefois, la lumière et le bruit insupportables, et, après avoir duré de cette manière de douze à vingt-quatre heures, disparaissait ordinairement, après un sommeil de plusieurs heures pour revenir au bout d'un temps plus ou moins long (de huit jours, à deux ou trois mois).

On peut dire que cette espèce de migraine était constituée par une névralgie éphémère ; mais en est-il ordinairement ainsi ? C'est ce qu'il n'est pas possible d'affirmer, vu l'absence d'observations suffisantes et l'impossibilité où nous nous trouvons de chercher des résultats dans une série de faits assez considérable. La courte durée de la migraine est donc le meilleur moyen de diagnostic que nous possédions jusqu'à présent ; cependant n'oublions pas qu'une névralgie bien caractérisée peut durer encore moins long-temps, comme on l'a vu plus haut (obs. VII). Il faudra donc dorénavant, afin de s'assurer s'il existe réellement une différence de nature

entre ces deux affections, explorer avec le plus grand soin la tête et la face, chez les sujets affectés de migraine, et chercher à établir un diagnostic positif à l'aide de la présence ou de l'absence des points douloureux que nous connaissons.

Clou hystérique. — Le docteur Halliday, après plusieurs autres auteurs, a cru devoir établir une distinction entre ce qu'on a appelé le *clou hystérique* et la névralgie trifaciale. « Le clou hystérique, dit-il, les symptômes déterminés par l'engorgement muqueux et d'autres affections du sinus maxillaire, n'ont avec la prosopalgie que des rapports de ressemblance bien plus éloignés (il vient de parler du mal de tête arthritique, etc.); leurs différences sont bien plus saillantes et n'ont pas besoin d'être rappelées (1).» Je pense que l'observation ne s'est point encore suffisamment prononcée pour qu'on puisse avoir une opinion aussi arrêtée. Je n'ai eu, jusqu'à présent, occasion de voir que deux jeunes filles hystériques qui présentaient immédiatement au-dessus de la bosse pariétale une douleur vive, très circonscrite, et qu'on pouvait comparer à celle que produirait un clou enfoncé dans le crâne; la douleur augmentait beaucoup dans ces parties, immédiatement ou peu de temps après les accès d'hystérie; c'était là, sans contredit, le *clavus hystericus*. Or, chez ces deux malades, il y avait une névralgie trifaciale bien prononcée, et caractérisée. 1° par une douleur à la pression, vers la partie interne du sourcil, auprès du grand angle de l'œil, au niveau du trou sous-orbitaire, dans la tempe et même, chez une, au trou mentonnier; 2° par des élancements qui partaient de ces divers points, et suivaient le trajet des

(1) *Loc. citat.*, p. 115.

nerfs; 3° enfin, par des accès aussi bien caractérisés que dans quelque cas que ce fût.

Évidemment, le *clou hystérique* n'était autre chose, dans ces cas, que le *point pariétal* décrit plus haut. Là, en effet, la pression était douloureuse dans une étendue très bornée comme partout ailleurs; de là partaient quelquefois des élancements comme des autres foyers douloureux, et là aussi venaient retentir ceux qui avaient pris naissance dans d'autres points du trajet des nerfs. Jusqu'à ce que l'observation ait prouvé que le clou hystérique peut exister avec d'autres caractères, je suis porté à croire qu'il appartient essentiellement, soit à la névralgie trifaciale, soit à la névralgie sous-occipitale; car on sait que le *point pariétal est commun* à ces deux affections.

Inflammation du sinus maxillaire. — J'ai vu quelquefois l'inflammation de la muqueuse des fosses nasales dans le coryza, se propager à la muqueuse qui tapisse l'antre d'Hygmore. Dans ces cas, il existait, au sommet de la fosse canine, une douleur vive qui présentait de temps en temps des exacerbations, et souvent même semblait s'irradier autour de l'orbite; il n'y avait cependant aucun changement de couleur à la peau. Cette affection pourrait, à la rigueur, être confondue avec certains cas assez rares de névralgie trifaciale, dans lesquels les symptômes paraissent concentrés vers le trou sous-orbitaire; mais l'existence préalable du coryza, la douleur qui augmente dans la profondeur de la face lorsque les malades se mouchent, l'absence de véritables élancements, et par-dessus tout l'absence de douleur vive à la pression, suffiront pour faire éviter toute erreur.

Douleur de l'articulation temporo-maxillaire. —

C'est encore là une espèce de douleur que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois et qui n'a pas été convenablement décrite. Chez des individus parfaitement bien portants d'ailleurs et n'éprouvant de douleur dans aucune autre articulation, j'ai vu survenir, soit subitement dans un mouvement de mastication, soit peu à peu, une douleur parfaitement bornée à la petite articulation qui unit la mâchoire inférieure au crâne. Cette douleur devenait telle chez certains sujets, qu'elle rendait la mastication extrêmement difficile et quelquefois même impossible; la pression exercée sur le condyle de la mâchoire était douloureuse dans un point très circonscrit: on ne remarquait ni tuméfaction, ni changement de couleur de la peau. Du reste, la douleur était nulle quand la mâchoire restait immobile et il n'y avait point d'élancements. J'ai vu toujours cette douleur disparaître peu à peu sans aucun traitement. Dans un cas, des sangsues et des cataplasmes appliqués sur l'articulation ne procurèrent aucun soulagement marqué.

Si l'on n'avait égard qu'au point douloureux à la pression et à l'absence de tout gonflement et de toute altération de la peau, on pourrait peut-être croire à l'existence d'un point névralgique, et cela d'autant plus, que le siége de la douleur est très voisin du lieu où, quelquefois, on rencontre le *point temporal*. Mais cette douleur ne se produisant que dans les mouvements imprimés au condyle de la mâchoire, on doit reconnaître qu'elle existe non dans les nerfs, mais dans les parties fibreuses de l'articulation. On peut d'ailleurs rapporter cette douleur, soit à une espèce de foulure de l'articulation, soit à une légère inflammation arthritique développée spontanément.

2° *La névralgie de la face peut-elle avoir son siége dans le nerf facial?* — J'ai déjà fait plus d'une fois allusion à cette question importante de l'histoire de la névralgie de la face; mais il est temps de la traiter dans tous ses détails. Elle a été vivement agitée dans ces derniers temps, et personne n'a apporté dans la discussion plus de précision, de clarté, et de logique que M. Bérard aîné (1). Mais cet auteur, bien qu'il ait possédé quelques faits pathologiques et qu'il en ait tiré le plus grand parti, a principalement traité la question sous les points de vue anatomique et physiologique. Quant à moi, je dois agir d'une manière toute différente; il me serait impossible de rien ajouter à la savante dissertation de M. Bérard sur les preuves physiologiques apportées de part et d'autre en faveur des opinions opposées. Je me contenterai donc d'en donner un résumé très succinct, renvoyant pour les détails à l'excellent article de cet auteur. Il n'en sera pas de même des preuves pathologiques; les faits que M. Bérard n'avait pu, pour ainsi dire, qu'entrevoir, j'ai été à même de les observer avec soin, et mettant en usage un mode d'exploration plus concluant que ceux qu'on avait employés jusqu'ici, j'ai dû arriver à un degré de précision qu'on ne saurait autrement atteindre. Les résultats que j'ai obtenus sont, je peux le dire d'avance, tout-à-fait confirmatifs de l'opinion de M. Bérard, à laquelle ils donnent ainsi la sanction de l'observation.

Relativement à la partie physiologique de la question, je me bornerai à dire que si quelques auteurs ont

(1) *Dictionn. de méd.*, 2e édit., tom. XII, *art. Face.* (név.)

contesté la vérité des assertions de Charles Bell, fondées sur les expériences que chacun connaît, et s'ils n'ont point voulu admettre que le nerf facial fût entièrement insensible, du moins tout le monde reconnaît-il que c'est principalement au nerf trifacial que la face doit sa sensibilité, tandis que la motilité est exclusivement sous l'empire du nerf facial. La sensibilité de ce dernier nerf ne serait donc chez lui qu'une propriété secondaire. Mais cette sensibilité, quelle qu'elle soit, existe-t-elle réellement dans la portion dure de la septième paire, ou bien lui est-elle communiquée par ses nombreuses anastomoses avec le nerf trijumeau ?

MM. Magendie, Backer et Lund sont tout-à-fait de cette dernière opinion ; leurs expériences leur ont prouvé que, lorsqu'on a interrompu la continuité de la cinquième paire dans l'intérieur du crâne, le nerf facial se montre entièrement insensible à toute excitation. Avant ces expérimentateurs, ceux qui avaient cherché à démontrer que le nerf facial était sensible par lui-même, n'avaient pas eu le soin de détruire le trifacial à une assez grande profondeur, ainsi que l'a fait remarquer M. Bérard.

Reprenant cette question, M. Jobert (1) dit : « L'expérience répond à cette objection, que la destruction » de la cinquième paire est loin d'éteindre la sensibilité » dans le nerf facial, puisqu'il est vrai de dire que si, » *même dans ce cas,* on la met à découvert et qu'on » l'irrite, on verra de vives douleurs se manifester sur » son trajet. » Et plus loin (2) : « C'est en vain qu'on invoque les anastomoses pour expliquer sa sensibilité, et

(1) *Études sur le syst. nerveux*, t. I, p. 227.
(2) *Loc. citat.*, p. 229.

» c'est à tort que Magendie, Lund, Backer affirment
» que ce nerf ne montre aucune espèce de sensibilité,
» après la section de la cinquième paire ; j'ai été mieux
» favorisé que ces observateurs ; et, après la destruction
» de la cinquième paire, j'ai, en mettant le nerf à décou-
» vert, démontré qu'il était douloureux. » Il est fâcheux
que M. Jobert ne se soit pas servi de termes plus précis et
n'ait pas exposé plus en détail ses expériences ; on sent,
en effet, que, dans une question semblable, il importait de
prouver qu'on avait détruit toute communication entre
le nerf trifacial et l'encéphale : car nous venons de voir
combien les résultats étaient différents, lorsque l'on in-
terrompait cette communication dans l'intérieur même
du crâne, ou après les premières divisions du nerf.
L'article de M. Bérard nous apprend comment s'expli-
que alors la différence des résultats (1).

En résumé donc, nous avons, d'une part, des expé-
riences positives, et qui ne peuvent pas donner lieu à
deux interprétations différentes, tandis que, de l'autre,
nous trouvons des expériences qui manquent de cer-
taines conditions nécessaires pour les rendre concluantes,
ou du moins qui ne sont pas rapportées de manière à
ne laisser aucun doute dans l'esprit. Ainsi, et en ne con-
sidérant la question que sous le point de vue physio-
logique, nous devrions, au moins jusqu'à nouvel ordre,
regarder le nerf trifacial comme le seul véritablement
sensible, et présumer que lui seul est le siége des diverses
altérations de sensibilité décrites dans l'histoire de la

(1) La source de sensibilité la plus manifeste pour le nerf facial, se trouve dans l'adjonction d'un gros rameau de l'auriculo-temporal à la division supérieure, c'est-à-dire à celle qui se rend à la tempe, à l'œil et à la lèvre supérieure. Or, si on ne coupe pas le nerf dans l'intérieur du crâne, on n'interrompt pas cette communication.

maladie qui nous occupe. Je dis *présumer*, parce que, même en reconnaissant que le nerf facial n'est pas sensible physiologiquement, il n'en faudrait pas conclure qu'il ne peut pas devenir sensible pathologiquement.

Et d'ailleurs, nous importe-t-il beaucoup, sous le point de vue pathologique, que le nerf facial soit sensible par lui-même, ou qu'il doive sa sensibilité au nerf trijumeau ? Du moment que cette sensibilité existe, qu'elle soit purement empruntée, comme je le pense, ou qu'elle soit propre à l'organe, ne devons-nous pas admettre qu'elle peut s'exalter de manière à produire des douleurs névralgiques ? En d'autres termes, la névralgie peut-elle avoir son siége dans les divisions du nerf facial, unies aux divisions du nerf trifacial ? C'est à l'expérience seule à prononcer sur ce point ; ce qui me conduit tout naturellement à examiner les faits sous le point de vue pathologique, le plus important, sans contredit.

Si nous parcourons les observations qui nous ont été données par les auteurs comme des exemples de névralgies du nerf facial, nous ne trouvons, pour preuves de l'exactitude du diagnostic, que l'indication du siége et du trajet de la douleur. Or, voici comment ces auteurs indiquent ce siége et ce trajet. Je diviserai leurs observations en deux groupes : l'un dans lequel nous verrons les douleurs suivre en apparence le trajet du nerf facial, l'autre dans lequel rien ne prouve qu'il en ait été ainsi.

Dans le premier groupe, se rangent : une observation de M. Arloing de Nevers (1), deux de M. Ribes (2), deux

(1) *Observ. sur l'efficacité de la méth. de Cotugno, dans le trait. des név.*, Journ. gén. méd., janv. 1827.

(2) *Journal de physiol. expérim. et patholog.*, par Magendie, janv. 1822, p. 219.

empruntées par M. Halliday à la *Bibliothèque médicale* et à la *Bibliothèque germanique* (1), et enfin les opinions de MM. Reverdit (2), Bellingeri (3) et Rennes (4), qui ont décrit la maladie d'une manière générale, sans présenter des faits particuliers.

Des observations citées par les premiers de ces auteurs, deux seulement indiquent le trajet d'une manière bien précise. Dans la première, on voit que la douleur part de la région parotidienne, au-dessous de l'oreille, et suit les ramifications du nerf facial (Arloing). Dans la seconde, on lit : « la douleur commence à la sortie du nerf, se prolonge à la région temporale, à la joue, aux lèvres, à la partie supérieure du cou. » (Ribes.) La deuxième observation de M. Ribes nous apprend seulement que la maladie siégeait dans le tronc et dans le trajet du nerf facial. Une de celles qui sont présentées par M. Halliday, nous dit (*loc. cit.* obs. XX) que la douleur, semblable à une commotion électrique, se faisait sentir dans tout le côté gauche de la tête, et plus particulièrement à la partie de la face où se trouve située la patte d'oie. Enfin, dans une observation que Brasdor avait communiquée à Brewer et Delaroche, et qui a été empruntée par Halliday à la *Bibliothèque germanique* (5), on lit : « Cet homme était tourmenté d'un mouvement convulsif presque continuel du muscle auriculaire antérieur du côté droit et d'une douleur vive qui *paraissait* se propager suivant les principales distributions de la portion dure du nerf auditif. On attribuait sa maladie à la lé-

(1) *Loco citato.*
(2) *Loc. citat.*
(3) *Loc. citat.*
(4) *Archiv.*, 1836, 2e série, t. XI.
(5) Halliday, *Observ.* XXIe. — *Bibl. germ.*, t. V, p. 38.

sion d'un des principaux rameaux de cette portion dure, occasionnée par une saignée faite, un an auparavant, à l'artère temporale, pour le délivrer de violents maux de tête. Le citoyen Pelletan cautérisa profondément les parties situées vis-à-vis le cartilage de l'oreille, à l'endroit où l'on avait pratiqué la saignée. Les mouvements convulsifs cessèrent par la destruction du muscle auriculaire antérieur, mais la douleur continua. »

Maintenant, passons à d'autres faits qui, sans avoir été donnés sous forme d'observation, ont été indiqués d'une manière générale. Ainsi, non seulement M. Reverdit (1) admet une névralgie du nerf facial, mais encore il lui reconnaît trois variétés. Dans la première, la douleur prenant naissance vers la partie postérieure de l'oreille, s'étend aux tempes, aux joues, au nez, aux lèvres, et *paraît plus superficielle que dans les cas de névralgie trifaciale;* dans la seconde, la douleur se dirige, d'une part, vers le menton et le cou; et de l'autre, depuis le pavillon de l'oreille jusqu'à l'épaule; dans la troisième enfin, elle s'étend à la région mastoïdienne et à l'occipital. M. Rennes (2) se contente d'avancer que la branche orbito-frontale du nerf facial était quelquefois le siége de la maladie. Quant à M. Bellingeri (3), il se borne à dire qu'il a vu un certain nombre de névralgies du nerf facial.

Telles sont les principales observations qu'on trouve dans la science, et qui forment le premier des deux groupes indiqués plus haut. Or, en résumant ce qui précède, nous voyons que les auteurs, lorsqu'ils signalent le trajet de la douleur, se contentent de dire que, s'élançant

(1) *Loc. citat.*
(2) *Loc. citat.*
(3) *Loc. citat.*

de la partie inférieure et postérieure de l'oreille, elle se répand sur les divers points de la face occupés par les dernières extrémités du nerf facial; et dans les autres cas, ils n'indiquent même pas ce trajet, comme s'il ne pouvait y avoir aucun doute à cet égard.

Remarquons d'abord que les points occupés par les extrémités du nerf facial le sont aussi par les rameaux du nerf trifacial; par conséquent, la douleur peut siéger dans les tempes, l'orbite, la joue, le menton, sans que pour cela on soit autorisé à conclure qu'elle a envahi l'un de ces nerfs plutôt que l'autre. Quant à cette expression : *la douleur suit le trajet de la portion dure de la septième paire*, j'objecterai : 1° que les malades ne se rendent pas toujours un compte exact du trajet de la douleur, et que si, comme on le verra plus loin, on ne les interroge pas avec un très grand soin, ils peuvent très bien induire en erreur l'observateur le plus habile; 2° qu'il n'est nullement prouvé par l'observation que la douleur suivait réellement ce trajet. Dans une question de cette importance, il faut plus qu'une simple assertion; une description exacte et détaillée est absolument nécessaire.

Reste donc le point de départ des élancements névralgiques, et il faut convenir que c'est là ce qui a dû le plus embarrasser les auteurs. Il est, en effet, tout naturel de penser qu'une douleur dont les malades indiquent l'origine au-dessous de l'oreille, ou vers la région mastoïdienne, et dont ils suivent la trace dans toutes les parties de la face, ait son siége dans un nerf qui émerge du premier point pour aller occuper tous les autres. Mais il y a une disposition anatomique qui a été indiquée plus haut, et qui va nous faire comprendre comment les

choses peuvent se passer tout autrement. Non loin du point d'émergence du nerf facial, un peu en dedans de la région mastoïdienne, sort un nerf volumineux qui vient s'anastomoser avec des rameaux considérables de deux branches du trifacial : ce nerf est le sous-occipital ; or, ne serait-ce point par cette voie que la douleur, partie de derrière tête, irait retentir dans les divers points de la face. C'est ce que M. Bérard a déjà pensé, et a exprimé d'une manière formelle dans le passage suivant :

« Après avoir nié l'existence de la névralgie de la septième paire, je vais, comme je l'ai annoncé plus haut, essayer d'introduire dans le cadre nosologique une variété de tic douloureux qui n'a pas, que je sache, été mentionnée jusqu'ici. Les personnes qui ne sont pas étrangères aux études anatomiques savent que la branche postérieure de la deuxième paire de nerfs cervicaux s'étend, en arrière, jusqu'au sommet de la tête, et qu'elle remplit, par rapport aux téguments de cette partie de la tête, le rôle que jouent les branches frontales de la cinquième, relativement à la moitié antérieure des enveloppes du crâne, c'est-à-dire qu'elle leur donne la sensibilité. Or, j'ai eu l'occasion de reconnaître que cette branche, dont le volume est assez considérable, pouvait être le siége de douleurs névralgiques. Ma première observation a été faite sur un jeune homme qui succomba à une maladie des vertèbres cervicales après avoir éprouvé des douleurs intolérables dans la partie postérieure de la tête. La direction de ces élancements douloureux ayant fixé mon attention, je disséquai la branche postérieure de la deuxième paire cervicale, et je rencontrai vers son origine une tuméfaction gangliforme rougeâtre qui, bien évidemment, avait été la cause des douleurs que le ma-

lade avait éprouvées. J'ai été consulté, il y a plus d'un an, pour un malade qui était tourmenté par un tic douloureux opiniâtre, siégeant dans la partie que j'ai indiquée. Ces faits une fois constatés, je n'ai pas eu de peine à en rencontrer d'analogues parmi ceux qui ont été publiés sous le nom de *tic douloureux*. Je lis (pag. 83), dans le travail de M. Halliday, qu'un capitaine éprouvait dans toute la partie gauche de la tête, des tiraillements douloureux qui *partaient de l'occiput*, un peu au-dessus de la nuque, entre elle et l'apophyse mastoïde. Ce point douloureux avait présenté, dans les premiers temps de la maladie, un gonflement pâteux très léger, qui bientôt avait entièrement disparu. Cette observation est donnée sous le nom de *tic douloureux de la septième paire*. Dans un cas rapporté par Leidig, et où la maladie prit en dernier lieu le caractère de la névralgie sus-orbitaire, on lit que la douleur *commençait à l'occiput*, et s'étendait de là peu à peu vers les parties antérieures du crâne, jusqu'à ce qu'elle occupât tout le front. Elle était si violente, que le malade, incapable de toute occupation, était forcé, à chaque paroxysme, de se mettre au lit et d'y rester dans une parfaite immobilité (Halliday, pag. 56). Une observation publiée dans les *Archives générales de médecine*, deuxième série, t. VI, est, à mes yeux, un exemple de névralgie occipitale succédant à une névralgie frontale. En voilà assez pour faire admettre l'existence du tic douloureux dans la branche postérieure de la deuxième paire cervicale. Je suis bien près d'y rapporter la névralgie *mastoïdienne* décrite par Paletta, à moins qu'on ne veuille en placer le siége dans le rameau mastoïdien du plexus cervical. »

Cette citation me conduit à présenter le second

groupe d'observations empruntées aux auteurs, avant de parler des faits que j'ai observés moi-même. Nous trouvons d'abord une observation citée par Halliday (1) et recueillie par Waton (2), dans laquelle il est dit (3) que « le malade avait de temps en temps des tiraillements qui *partaient de l'occiput un peu au-dessus de la nuque*, *entre elle et l'apophyse mastoïde*. Il y avait là un point douloureux si sensible, que l'on causait au malade les douleurs les plus cruelles dès qu'on y touchait, et soudain la crise se renouvelait. Chaque accès commençait par un point de douleur plus ou moins aigu vers l'occiput, à l'endroit ci-dessus désigné, et ce point dolorifique était constamment le même. De là, comme *de leur foyer*, *de leur centre commun*, s'élançaient avec rapidité des rayons douloureux vers la bouche, l'œil et la joue gauche, et, presque en même temps, survenaient des convulsions aux muscles de ces parties. » A cette description s'adressent les reproches que j'ai faits aux précédentes, excepté toutefois relativement au point de départ des douleurs; ici, il est indiqué d'une manière bien plus précise, et on le trouve, non plus au-dessous du conduit auditif, mais entre l'apophyse mastoïde et le sommet de la colonne vertébrale. C'est un fait qu'il importe de remarquer, comme l'avait déjà bien compris M. Bérard.

Voici maintenant l'extrait d'une observation empruntée à Weisse (4): « La douleur occupait le côté droit de la mâchoire inférieure; elle était fixée au milieu de cette

(1) *Loc. cit.* — Observat. XXII.
(2) *Journ. méd. et chir.*, mars 1793. Tom. 93, p. 233.
(3) Je me sers presque partout des propres expressions de l'auteur.
(4) *De dolore faciei prosopalgia dicto*, Iena, 1796.

mâchoire, dans un petit espace où la pression était excessivement douloureuse et provoquait ou augmentait les paroxysmes; de là, elle s'étendait à la mâchoire supérieure, à la tempe et à l'oreille interne. » Nous trouvons dans cette description très vague du trajet des douleurs, l'indication d'un point de départ bien différent de celui qui a été indiqué dans les observations précédentes. J'avoue qu'il est difficile de rapporter ce point douloureux à la névralgie trifaciale, et peut-être doit-on en placer le siége dans la branche moyenne du facial, après l'adjonction à ce nerf du rameau fourni par l'auriculo-temporal.

Halliday (1) emprunte à M. J. Cloquet une observation qu'il n'hésite pas à ranger parmi les névralgies de la portion dure de la septième paire. Or, voici comment le siége et le trajet de la douleur sont décrits : « La malade sentit, au-dessus de l'oreille gauche, une douleur vive, caractérisée par des accès d'élancements et par une cuisson continuelle semblable à celle provenant de l'application d'un vésicatoire quand on a enlevé l'épiderme... Quelques jours après, les douleurs s'étendirent au cou, et des engourdissements se firent sentir jusqu'au bras. Quand l'avant-bras était à demi-fléchi, comme dans l'action de coudre, il se manifestait des picotements dans les doigts; quand il était pendant, il n'y avait que de l'engourdissement... Elle eut ensuite des élancements très vifs depuis la région temporale gauche et le cou, jusque dans le bras correspondant... Quand elle mangeait, les mouvements de la mâchoire étaient quelquefois si douloureux, qu'elle était obligée de les suspendre aussi-

(1) *Loc. citat.* — Observ. XXV.

tôt. » M. Halliday termine cette observation, qui présente beaucoup d'autres détails intéressants, en disant : « Les nerfs du plexus cervical étaient certainement les plus compromis, mais le facial n'y était point étranger. »

On se demande sur quoi cette dernière assertion est fondée. Le siége des douleurs, est dans la tempe et dans les deux mâchoires ; mais ce sont là des points douloureux qui appartiennent, comme on l'a vu plus haut, à la névralgie trifaciale. Quant au point de départ, en supposant qu'il ait été bien précisé, on le trouve au-dessus de l'oreille. Il n'y rien là qui prouve que le nerf facial était réellement affecté. Les liaisons nombreuses qui existent entre les rameaux ascendants du nerf trifacial et les nerfs cervicaux, par l'intermédiaire des deux nerfs occipitaux, expliquent très bien comment une névralgie qui aurait son siége primitif dans ces derniers nerfs, s'étendrait, d'une part, aux rameaux du nerf trifacial, et de l'autre, au plexus cervical évidemment affecté dans le cas dont il s'agit. La facilité avec laquelle les névralgies se portent d'un nerf à un autre, au moyen des anastomoses, nous rendrait compte de cette extension si rapide. Mais ce n'est point ici seulement une vaine théorie ; j'ai observé des cas tout-à-fait semblables, et comme j'apportais dans l'exploration un soin tout particulier, je suis parvenu à m'assurer que les choses se passaient, en effet, comme je viens de le dire. C'est dans les faits de ce genre que la connaissance des divers points douloureux et leur détermination au moyen de la pression, sont de la plus indispensable nécessité ; on ne doit donc pas s'étonner si, privés de ces moyens d'exploration, tant d'auteurs ont méconnu le véritable siége des douleurs qu'ils observaient.

M. Halliday (1) cite encore une observation qu'il emprunte à Méglin (*loc. cit.* obs. X), et dans laquelle la description de la maladie est plus concluante encore. « Les douleurs, dit Méglin, étaient lancinantes, déchirantes, pulsatives, presque insoutenables; elles commençaient dans la première vertèbre cervicale, *passaient par-dessus l'occiput et le vertex*, se portaient sur l'os frontal, sur le nez, sur l'œil, sur la tempe et sur toute la partie gauche de la tête et de la face, de manière que les douleurs occupaient entièrement la moitié gauche de la tête, et que tout le côté droit demeurait libre et indolent. » Ici il ne saurait plus y avoir le moindre doute pour nous : 1° le point de départ des douleurs avait lieu, non pas au point d'émergence de la portion dure de la septième paire, mais au point d'émergence du grand nerf occipital; 2° elles ne se portaient pas vers les diverses parties de la face en traversant la parotide, mais bien en contournant le vertex; et 3° quant aux points où elles allaient retentir, c'est-à-dire, l'os frontal, l'œil, etc., etc., ils appartiennent, je le répète, au nerf trifacial. On ne saurait donc douter que, dans ce cas, il n'y eût une névralgie occipitale qui s'était rapidement communiquée au nerf trijumeau; et l'on ne sera pas surpris que des douleurs primitivement développées dans un nerf de la région cervicale se soient propagées à un nerf de la face, si l'on se rappelle que, lorsque la douleur s'est primitivement développée dans ce dernier nerf, il n'est pas rare de le voir s'étendre au premier, en contournant le crâne. Dans l'un et l'autre cas, le grand nombre de communications anastomotiques explique très bien le fait.

(1) *Loc. citat.* — Observ. XXIII.

Il est d'autant plus surprenant que M. Halliday ait rangé la névralgie que nous venons de citer parmi les névralgies du nerf facial, qu'il a soin lui-même de signaler comme une névralgie toute différente celle qui fait le sujet de sa vingt-sixième observation, et qui néanmoins présente des symptômes tout-à-fait analogues. Cette observation n'est autre chose qu'un passage emprunté à Weisse, et qui mérite d'être cité tout entier.

HUITIÈME OBSERVATION.

Névralgie mastoïdienne.

Alius dolor, dolori faciei simillimus dum partim in capite residet, partim certe ex eodem fonte oritur, præterea ex iisdem quoque nervis generatur, licet alium locum occupet, est *dolor processus mastoïdei*, qui initio tanquam levis dentium dolor incidit, nonnunquam autem tanquam species levis trismi vehementioribus doloribus juncta apparet, tandem vero processum mastoïdeum adficit, unde vel antrorsum versus aurem, vel retrorsum ad occiput, aut sursum ad tempora, aut deorsum ad collum defertur. Hic dolor etiam crebrius revertitur. Apud plerosque ægrotos morbus iste sequenti ratione se exhibuit : vesperi incolumes lectum petebant, mane autem expergiscebantur cum sensu quodam singulari in musculis colli, ac si caput aliquantum flexum fuisset, musculique tensi fuissent. Quandiu ægri se non movebant, nihil incommodi sentiebant ; simul ac vero aliquo modo caput movebant, illud vel leniter erigentes vel antrorsum vel retrorsum flectentes, illico eos vexabat vehemens dolor qui in processu mastoïdeo fixam habebat sedem. Hic dolor in dies increscebat, ita ut horum miserorum nonnulli ne minimum quidem capitis aut labiorum motum exserere nec ullam fere vocem edere possent, dum molestus ille sensus aderat. Tum vero nec musculorum relaxatio, nec extensio

levamen adferebat, sed utraque eumdem effectum, nempe gravem dolorem, producebat. Sola immota fixaque capitis positura dolorem minuebat.

Interdum dolor eo usque augebatur, ut ægri nec stare, nec brachium movere, nec os ita aperire possent, ut potum cibumque caperent. Hic dolor nonnunquam per decem, duodecim dies, nec raro per tot hebdomadas subsistebat. Sæpius etiam, at non semper, febris quoque aderat, præcipue in iis, quibus major erat irritabilitas. Interdum dolor sponte ac subito cessabat; interdum vero cedebat per aliquod tempus, duobus tribusve ulceribus, aut furonculis in collo ortis. Quod reliquum est, neque evacuantibus, neque diaphoreticis remediis, nec etiam vesicatoriis, diù continuatis, aut electricitate, frictionibusque aut linimentis volatilibus tolli poterat dolor iste, sed solo usu unguenti sequenti formula præscripti :

℞ Ungu. alth. unc. unam
Ol. succin. drachm. semis,
Calomel. scrup. unum.
M. D. S. Infricetur aliqua pars quovis bihorio vel trihorio.

Salutarem vero hujus remedii effectum non oleo succini, sed soli mercurio tribuendum esse, inde apparet, quod etsi plura linimenta unguentaque cum hoc oleo aliisque similibus oleis æthereis infricarentur, dolor non cederet. Citius adhuc evanescebat dolor, cum pulvis noster ex guaiaco, cum æthiope minerali, aut mercurio dulci adhibebatur.

Nous voyons, dans ce passage, une douleur qui d'abord occupe les arcades dentaires, qui ensuite envahit les régions mastoïdienne, occipitale et temporale, qui bientôt se porte non seulement vers le cou, mais vers le bras, et qui s'étend enfin jusqu'à la face, puisque les malades ne pouvaient remuer les lèvres ou la tête, ni proférer une parole sans éprouver de vives douleurs. Peut-on, je le demande, méconnaître la ressemblance

de ces cas avec celui de M. J. Cloquet, que j'ai cité plus haut, et leur analogie avec le fait de Méglin? Eh bien! M. Halliday donne à cette névralgie le nom de *névralgie mastoïdienne*, et Weisse, ainsi que nous venons de le voir, la désignait sous celui de *dolor processûs mastoïdei*.

Avant donc que M. Bérard eût indiqué cette névralgie nouvelle qui a son siége dans le nerf sous-occipital, quelques auteurs en avaient une idée; mais cette idée était tout-à-fait confuse, et les faits qui viennent d'être cités n'étaient, pour ainsi dire, d'aucune utilité pour l'exactitude du diagnostic, lorsque avec sa sagacité ordinaire, M. Bérard a porté un peu d'ordre dans cette confusion, et a établi, non pas, comme il le dit, une nouvelle espèce de tic douloureux de la face, puisque dans certains cas la névralgie sous-occipitale peut exister sans se propager aux trijumeaux, mais une nouvelle névralgie de la tête, qui est la *névralgie cervico-occipitale*.

Cette névralgie, j'ai pu l'observer plusieurs fois, comme on le verra quand je tracerai son histoire, et chose bien digne de remarque! la première réponse des malades à mes questions sur le trajet et le siége des douleurs, était toujours qu'elles partaient de derrière l'oreille pour se porter sur la face; de telle sorte que, si je m'en étais tenu à cette première réponse, j'aurais dû croire, comme l'ont fait les auteurs, que les élancements suivaient, en effet, le trajet du nerf facial. Mais des questions plus précises, et surtout l'exploration à l'aide de la pression, ce moyen par excellence pour déterminer le siége des douleurs, m'apprenaient bientôt: 1° que ce n'é-

tait point immédiatement au-dessous ou derrière l'oreille qu'était le point de départ des douleurs, mais bien derrière l'apophyse mastoïde, dans un point variable entre cette éminence et la colonne vertébrale; 2° que les élancements se portaient sur l'occipital à une plus ou moins grande distance de l'oreille, et qu'ils allaient retentir au-dessus de la bosse pariétale; 3° qu'il y avait dans cette dernière partie un point douloureux plus ou moins intense, qui formait un nouveau foyer d'où les douleurs pouvaient s'irradier jusque sur les diverses parties de la face, et occasionner tous les accidents du tic douloureux. Ces symptômes seront exposés en détail dans le chapitre suivant.

Nous pouvons donc résumer la discussion par les conclusions suivantes :

1° Dans la distribution anatomique des nerfs de la face, rien ne peut nous démontrer que, dans tel ou tel cas, le nerf facial est douloureux plutôt que le nerf trifacial; car partout où l'on a observé de la douleur dans le premier de ces nerfs, il s'unissait plus ou moins intimement avec le dernier.

2° Parmi les expériences physiologiques, celles qui offrent le plus de détails et paraissent les plus concluantes, démontrent le défaut de sensibilité de la portion dure de la septième paire.

3° Parmi les faits pathologiques, ceux qui sont donnés comme des exemples de névralgie faciale, manquent généralement des détails nécessaires pour convaincre; et ceux qui offrent ces détails, à l'exception *peut-être* de celui de Weisse, ne doivent nullement conserver le titre que les auteurs leur ont donné.

4° En interrogeant et en explorant les malades avec

tout le soin nécessaire, on parvient à constater, dans des cas tout-à-fait semblables à ceux qui sont rapportés par les auteurs, que la douleur a son point de départ, non pas dans le nerf facial, mais dans les nerfs occipitaux.

5° Ainsi donc, à moins que de nouveaux faits plus concluants ne viennent prouver que la névralgie du nerf facial existe réellement, nous n'avons aucune preuve irrécusable de son existence, et nous devons partager l'opinion de M. Bérard.

6° Si l'observation venait démontrer que la névralgie du nerf facial existe réellement, ce fait ne serait pas plus embarrassant pour le physiologiste que pour le pathologiste, car les sources abondantes de sensibilité qu'il trouve dans plusieurs nerfs, et notamment dans le trijumeau, rendraient parfaitement raison de cette anomalie apparente.

§ II. Pronostic.

Les auteurs ont généralement regardé comme trop grave le pronostic de la névralgie faciale. Cela vient, sans aucun doute, de ce qu'ils n'ont pas tenu compte des cas légers, ou plutôt de ce qu'ils les ont trop souvent méconnus. Dans les faits que j'ai rassemblés, la guérison a eu lieu dans les quatre cinquièmes des cas; en général, cette terminaison heureuse a été plus prompte et plus complète chez les jeunes sujets que chez ceux qui étaient avancés en âge, ou dont la constitution était plus ou moins détériorée. Lorsque la maladie était récente et bien limitée dans le nerf trifacial, elle était généralement plus facile à guérir que dans les cas où elle durait depuis long-temps et où elle s'était étendue à des nerfs voisins. Chez certains sujets, la névralgie trifaciale existe

concurremment avec d'autres maladies du même genre, ou alterne avec elles; alors on voit très fréquemment l'affection se reproduire sous l'influence de la cause la plus légère; ces cas sont très rebelles à toute espèce de traitement.

M. Bérard a fait sagement remarquer qu'il faut avoir égard au type de la prosopalgie, pour établir son pronostic; car, dit-il, celle qui est périodique est incomparablement plus facile à guérir et moins fâcheuse que celle qui est irrégulière. Rien n'est plus exact; mais nous avons vu que le nombre des névralgies trifaciales véritablement intermittentes est beaucoup plus limité qu'on ne le croit communément. M. Rennes seul a vu cette affection revêtir, dans tous les cas, ce caractère d'intermittence; mais, comme il le fait remarquer lui-même, ses observations ayant été recueillies dans l'espace de quinze mois, ces espèces de fièvres larvées ont pu naître sous l'influence d'une constitution médicale toute particulière.

Nous avons remarqué, à l'article des récidives, combien la névralgie trifaciale a de tendance à se reproduire dans un bon nombre de cas; on peut donc dire, en thèse générale, qu'une première attaque doit faire craindre l'invasion d'une seconde. Aussi, les sujets qui en ont été une fois affectés doivent-ils redoubler de soins hygiéniques pour s'en mettre à l'abri.

Enfin, quelquefois, bien que la maladie soit récente et bornée, on ne peut en devenir maître par aucun moyen. Elle tend, au contraire, à envahir de proche en proche les autres nerfs, et finit quelquefois par occuper toute une moitié du corps, ayant son maximum d'intensité tantôt dans un point et tantôt dans l'autre. On l'a vue durer de cette manière pendant un grand nom-

bre d'années. C'est dans ces cas que la santé générale a fini par s'altérer.

Art. IX. — Traitement.

§ Ier. Moyens curatifs.

La médication employée dans les cas que j'ai rassemblés et qui m'ont paru propres à entrer dans une analyse exacte, a été extrêmement variée, et cela non pas seulement dans les divers cas, mais chez les mêmes sujets. Il n'y a eu d'exception à cette règle que pour les moyens qui font la base des traitements particuliers employés par MM. Hutchinson et Méglin, et encore faut-il dire que quelquefois ces traitements ont été unis à d'autres qui n'étaient pas sans activité. On sent, dès lors, toute la difficulté qu'il y avait à démêler, parmi tant d'actions diverses, celles qui pouvaient avoir une efficacité réelle; et d'autre part, on conçoit facilement que des faits ainsi divisés perdent, par la diminution des nombres, une grande partie de leur importance. Aussi, ne peut-on assez s'étonner que tant d'auteurs se soient prononcés, de la manière la plus positive, sur l'efficacité de tel ou tel traitement. Comment ont-ils pu, au milieu du chaos que présentent si souvent les observations, prendre une idée exacte de tant de médications si complexes? N'ont-ils pas dû être trompés bien souvent par les apparences? C'est pour éviter ces inconvénients que j'ai cru devoir redoubler de rigueur dans mon analyse et ne rien avancer qui ne fût l'expression exacte des faits. Je ne me dissimule pas que les résultats auxquels me conduira cette manière de procéder, pourront paraître d'une valeur médiocre à certains esprits qui veulent toujours chercher des généralisations là où les faits particuliers sont insuf-

fisants; mais avant d'imaginer ce qui doit être, je pense qu'il faut d'abord connaître ce qui est.

Je vais donc demander à l'analyse, non pas seulement si tel ou tel médicament a eu quelquefois du succès, mais comment il a été employé, dans quelles circonstances, et avec quels succès, dans la totalité des cas. Je commencerai par la médication interne qui, pour la maladie qui nous occupe, a été le plus souvent mise en usage.

A. *Médication interne.* — 1° *Sulfate de quinine.* — Je l'ai déjà dit avec la plupart des auteurs, la première question que doit s'adresser le médecin en présence d'une névralgie, et surtout d'une névralgie trifaciale, c'est si l'affection est ou n'est point périodique. En examinant les faits que j'ai rassemblés, je n'en trouve que dix-sept sur quarante-neuf (1) qui aient présenté une périodicité assez frappante pour faire croire à l'existence d'une fièvre larvée ; et toutefois, dans tous ces cas, hors deux, il n'y avait d'autre symptôme qui pût autoriser cette manière de voir, que le retour d'accès plus ou moins violents, à peu près aux mêmes heures de la nuit ou du jour.

Chez les deux sujets qui font exception, quelques frissons suivis d'une chaleur ou d'une sueur médiocre vinrent se joindre à la périodicité des accès, mais une ou deux fois seulement. Voici quel fut le résultat de l'administration du sulfate de quinine.

Dans un des deux cas dont il vient d'être question, le médicament employé à la dose de 6 à 8 décigrammes pendant quatre jours, n'eut absolument aucun succès et fut abandonné; dans l'autre, la maladie, qui avait paru céder d'abord, se reproduisit ensuite avec la même

(1) J'ajoute au nombre total de mes observations trois cas dans lesquels le sulfate de quinine a été administré d'une manière suivie, et qui peuvent m'être utiles sous le rapport du traitement.

intensité; une nouvelle administration de sulfate de quinine en triompha. Ce fait aurait bien plus de valeur si l'on n'avait pas en même temps employé la morphine par la méthode endermique, et si ce second traitement n'avait paru avoir une certaine influence sur la violence de la maladie. Dans l'un de ces deux cas, l'affection durait depuis trois mois chez une femme de vingt ans et d'une bonne constitution, et dans l'autre, depuis trois jours, chez un homme de trente-deux ans et d'une constitution robuste.

Chez les quinze autres sujets, le médicament fut employé à la dose de 5 à 15 décigrammes, tantôt en pilules, tantôt en poudre. La maladie avait duré avant cette administration, de huit jours à six mois. La douleur était très vive, les accès très violents. Six fois la guérison suivit l'emploi de ce remède; et deux fois, il y eut un soulagement très marqué. Dans tous les autres cas, au nombre de six, il n'y eut pas le moindre soulagement.

La durée du traitement fut de quatre à dix-huit jours; mais il n'y eut point de guérison complète dans les cas où l'amélioration la plus notable ne se manifesta pas dès le troisième ou le quatrième jour au plus tard.

Le tableau suivant fera voir d'un coup d'œil le rapport des diverses circonstances dans lesquelles se trouvaient ces deux groupes de malades :

		1° *Sujets guéris ou soulagés.*	2° *Non guéris.*
Age.		20 à 46 ans.	20 à 40
Sexe.	Masculin	2	Masculin. 2
	Féminin	6	Féminin. 7
Inutilité de beaucoup d'autres moyens.		2	6
Durée de la maladie.		4 jours à 6 mois.	11 j. à quelq. mois.
Constitution.	Bonne	8	Bonne. 8
	Mauvaise	0	Médiocre. 1

Comme on le voit, toutes les circonstances accessoires étaient absolument semblables chez les sujets qui ont été guéris par le sulfate de quinine, et chez ceux qui n'ont éprouvé aucun effet de ce médicament. La différence dans les résultats ne saurait donc être attribuée qu'à une différence complète dans la nature de la maladie, différence que ne pouvait pas faire reconnaître la nature des symptômes, puisque dans la majorité des cas où la guérison a eu lieu, il n'y avait autre chose qu'une périodicité marquée des accès comme dans les cas où l'effet du remède a été nul. La proportion des succès est représentée par le tableau suivant :

Nombre des cas où le sulfate de quinine paraissait indiqué.	17
Guérison rapide.	6
Soulagement marqué.	2
Nul effet.	9

Que conclure de ces faits? 1° que lorsque la maladie présente des accès périodiques, il faut se hâter de recourir au sulfate de quinine, mais sans annoncer une guérison certaine, car on peut être facilement trompé par les apparences; 2° que lorsque le médicament n'aura pas dans les trois ou quatre premiers jours un effet évident, il sera inutile d'insister sur son administration.

Chez deux sujets, l'usage du sulfate de quinine ayant été trop tôt suspendu, il y eut une récidive qui exigea un nouvel emploi de ce remède.

On voit qu'il y a bien loin de ces résultats à ceux que M. Rennes (1) a obtenus à l'aide du même moyen. « La nature du traitement qui a constamment » réussi, dit cet auteur, vient confirmer l'opinion émise

(1) *Loc. citat.*

» (sur l'existence d'une fièvre larvée). Il semblait telle-
» ment que l'intermittence fût l'élément essentiel de la
» névralgie, que les premiers accès combattus par la
» saignée et les sangsues, par l'opium ou la belladone,
» ne cédaient en aucune façon, ou n'étaient que faible-
» ment modifiés. Il fallait de toute nécessité recourir au
» sulfate de quinine, alors le succès était certain : un ou
» deux jours de son usage, associé aux narcotiques, ont
» presque toujours suffi à la guérison. Le malade, tor-
» turé par la douleur, était tout étonné de se voir déli-
» vré le lendemain, ou, si l'accès reparaissait, il était
» fort diminué, et se dissipait complétement à la seconde
» administration du médicament. »

Il est évident que les circonstances dans lesquelles s'est trouvé M. Rennes, sont tout-à-fait particulières, et que, dans ces circonstances, l'exception était devenue la règle. On ne saurait donc s'attendre à obtenir, dans des conditions ordinaires, des résultats aussi constamment favorables; mais cet exemple ne doit point être perdu, car le même fait peut se représenter. Remarquons toutefois que M. Rennes n'a point employé le sulfate de quinine seul, mais uni aux narcotiques, et principalement à la belladone. Il est fâcheux que ce mélange de deux médicaments actifs ait eu lieu; cependant il faut reconnaître que le sulfate de quinine a eu la plus grande part dans la guérison, s'il ne l'a pas seul opérée, car les narcotiques avaient déjà été employés isolément sans succès.

2° *Pilules de Méglin.* — Ce médicament, qui a eu tant de succès, administré par son inventeur, ne paraît pas avoir, à beaucoup près, aussi bien réussi en d'autres mains. On ne trouve nulle part, depuis la publication du mémoire de M. Méglin, de travail bien circonstancié

sur l'emploi de ces pilules. Dans un des cas que j'ai observés, et dans un autre que j'ai emprunté à M. Piorry, cette médication a été mise en usage; j'ai donc, en les joignant aux douze (1) cas cités par M. Méglin, treize faits que je vais analyser.

Des treize sujets dont il s'agit, neuf furent complétement guéris, deux notablement soulagés, et deux n'éprouvèrent aucun effet avantageux du médicament. Les circonstances dans lesquelles se trouvaient les trois séries d'individus étaient les suivantes :

1° Chez ceux qui guérirent, on avait employé déj des moyens très variés, tels que les saignées, les sangsues, les vésicatoires, le cautère à la nuque, l'opium, le quinquina ; dans deux de ces cas seulement, l'opium avai procuré un soulagement faible et passager : tous les autre moyens avaient complétement échoué. Le nombr des pilules était de une à trente-six par jour, à dose croissantes ; mais très rarement elles étaient élevées à c dernier chiffre, et le plus ordinairement elles ne dépassaient pas vingt ou vingt-quatre. La durée de ce traitement varia de quinze jours à cinq ou six semaines; mai le plus ordinairement, M. Méglin faisait continuer pendant long-temps (de vingt jours à deux mois) l'usage de ce pilules à doses décroissantes ; dans un cas même, il cru nécessaire, pour consolider la guérison, de faire usage d quinquina. Au moment de l'administration, la douleu névralgique était très violente, et la maladie, loin de décroître, semblait au contraire augmenter tous les jour d'intensité ; mais bientôt l'influence du médicament s faisait sentir, et les changements les plus heureux s

(1) Je supprime un cas dans lequel il y avait une névralgie occipital comme on l'a vu plus haut.

manifestaient au bout de quelques jours. Chez deux sujets du sexe masculin, il y avait des coliques, du dévoiement et d'autres troubles des fonctions digestives, lorsqu'on élevait le nombre des pilules au-dessus de trois ou de neuf; un d'eux eut même des vertiges. Des neuf sujets guéris, sept étaient des femmes, et leur âge s'élevait de vingt-deux à quarante-huit ans; la maladie remontait de quelques semaines à dix mois. La constitution des sujets était bonne; un seul est marqué comme ayant un tempérament nerveux.

En résumé donc, les pilules ont réussi dans des cas où la maladie était très violente et très ancienne, et n'ont occasionné que rarement de légers troubles des fonctions digestives.

2° Chez les deux sujets qui furent seulement soulagés, les sangsues, les opiacés, un cautère au bras où à la nuque, avaient été employés sans succès. La dose des pilules fut portée de trente-six à quarante-huit: ils en prirent pendant fort long-temps à diverses reprises. La maladie durait depuis vingt-cinq et trente ans; elle était très violente au moment de l'administration; le soulagement fut rapide dans les deux cas; mais la guérison ne fut pas solide, c'est à-dire que la maladie revenait fréquemment ensuite, quoique avec une intensité beaucoup moins considérable. Les deux malades étaient du sexe masculin et avaient de soixante-trois à soixante-dix ans; ils étaient d'une bonne constitution. En somme, le résultat, quoiqu'il ne fût pas entièrement heureux, fut cependant très satisfaisant.

Si nous jetons un coup d'œil sur les circonstances dans lesquelles se trouvaient ces deux sujets, nous verrons qu'elles étaient bien différentes de celles où les

sujets précédents étaient placés : l'âge plus avancé, l'ancienneté de la maladie, sa violence, ses récidives étaient des conditions très fâcheuses, ce qui donne une grande valeur au soulagement marqué qui a suivi l'administration des pilules.

3° Chez un des deux sujets qui n'ont éprouvé aucun soulagement, les pilules de Méglin ne furent pas données suivant les préceptes de ce praticien, et dans l'autre, elles ne furent administrées qu'à la dose de trois pilules pendant deux ou trois jours seulement, alors que la maladie était presque entièrement dissipée. D'où il suit que ces faits n'ont pas toute la valeur nécessaire pour entrer en ligne de compte, et qu'on ne saurait en tirer une conclusion rigoureuse.

En résumé, nous trouvons dans onze cas où les pilules de Méglin ont été convenablement administrées, neuf fois une guérison complète, mais au bout d'un temps assez long, et deux fois un soulagement très remarquable.

On est surpris, en voyant de pareils résultats, que l'administration de ce médicament n'ait pas été d'un usage plus général, et surtout qu'on ait si peu suivi les recommandations formelles de M. Méglin. Si nous parcourons les recueils scientifiques, nous voyons que presque toujours les pilules ont été données à doses trop faibles ou abandonnées trop tôt. Peut-être cela tient-il à ce que le docteur Méglin n'a point indiqué d'une manière générale, dans sa brochure, la marche qu'il suivait constamment, à quelques variations près. Il n'est donc pas sans intérêt de le faire ici ; car il est à désirer que les expériences soient dirigées à l'avenir d'une manière plus concluante. On trouve, dans la bro-

chure de cet auteur, deux formules un peu différentes ; les voici :

Première formule.

℞ Extrait de jusquiame noire. . . Oxide de zinc sublimé.	aa 1 gr. (5 centig.)

Pour chaque pilule.

Deuxième formule.

℞ Extrait de jusquiame noire. . . Racine de valériane sauvage. . . Oxide de zinc sublimé.	aa 1 gr. (5 centig.)

Pour chaque pilule.

Voici quels sont les motifs qui ont engagé l'auteur à faire entrer l'extrait de valériane dans ses pilules (1). « Le remède calmant dont je me suis servi pour guérir le tic douloureux de la face est, dit-il, composé d'extrait de jusquiame noire et d'oxide de zinc sublimé ; ces deux substances mêlées ensemble à parties égales et réduites en pilules, m'ont suffi pour guérir des tics. Cependant j'y ai ajouté l'extrait de valériane sauvage pour donner à ce médicament une vertu tonique, sans diminuer sa propriété calmante, surtout dans des cas où, à raison de l'ancienneté de la maladie, de la fréquence et de la violence des accès, les sujets étaient accablés, plus ou moins affaiblis, et avaient besoin d'être fortifiés. C'est dans le même cas que j'ai eu également recours au quinquina alternativement avec les pilules. »

Pour apprécier ces motifs, il suffit de remarquer que la plupart des sujets auxquels M. Méglin a administré l'une ou l'autre de ces formules, étaient dans des circonstances identiques, et que néanmoins les résultats n'ont pas

(1) *Loc. citat.*, p. 58.

varié chez eux, suivant qu'on leur donnait le médicament purement calmant, ou rendu tonique par l'addition de la valériane. C'est uniquement par des raisonnements théoriques que l'auteur a été conduit à faire cette addition. En sorte qu'on pourra employer indifféremment ces deux formules, jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus démontrer d'une manière plus rigoureuse l'efficacité ou l'inutilité de la valériane.

M. Méglin nous apprend encore que l'administration des pilules avait lieu d'une manière graduelle ; ainsi, il commençait à donner une pilule matin et soir, puis il allait tous les jours en doublant la dose, jusqu'à ce qu'une amélioration sensible, ou quelques accidents du côté des voies digestives, vinssent l'avertir qu'il avait atteint ou dépassé le terme convenable.

Dans le cas où l'amélioration tarderait trop à se manifester, faudrait-il augmenter le nombre des pilules d'une manière indéfinie ? Le médecin seul peut juger, d'après les symptômes, jusqu'à quelle dose il est permis de l'élever ; je dirai seulement que Méglin est parvenu sans inconvénient à donner trente-six et quarante-huit pilules par jour ; dans un cas même, le nombre des pilules fut de soixante-huit ; mais il y eut quelques doutes sur la bonne qualité des drogues employées. En somme, l'état des voies digestives et des fonctions cérébrales devra guider le praticien.

Après l'administration des pilules, l'auteur fait prendre immédiatement une tasse d'infusion de tilleul et de feuilles d'oranger ; mais je n'ai point vu quels avantages il tirait de cette addition. Lorsque l'amélioration est bien marquée, et qu'on peut considérer la guérison comme assurée, M. Méglin ne suspend pas d'une manière

brusque l'emploi des pilules, mais il les continue, ainsi que je l'ai dit plus haut, à doses décroissantes, et de manière à suivre, en sens inverse, l'ordre que j'indique pour les doses croissantes. Enfin il continue pendant un temps plus ou moins long les dernières doses. C'est là encore un procédé inspiré par la crainte de voir se reproduire des affections anciennes rapidement disparues; mais l'observation ultérieure pourra seule nous apprendre si cette crainte avait quelque fondement.

En dernière analyse, quelle valeur doit-on accorder à la médication préconisée par Méglin? Les faits ne sont malheureusement pas assez nombreux pour qu'on puisse se prononcer d'une manière définitive; mais si l'on considère tout ce qui a été dit plus haut sur la marche de la maladie et sur les modifications favorables apportées rapidement à tous les symptômes, on ne pourra douter que, dans un certain nombre de cas au moins, les pilules de Méglin ne comptent des succès réels.

3° *Sous-carbonate de fer.* — C'est surtout en Angleterre que le sous-carbonate de fer a été employé le plus fréquemment et le plus généralement préconisé. Le docteur Hutchinson est le premier qui ait administré ce médicament toutes les fois qu'il n'existait pas de symptômes inflammatoires bien caractérisés. J'ai réuni, pour éclairer cette question, onze cas qui offrent les principaux détails indispensables; six appartiennent à Hutchinson, ou lui ont été communiqués par des médecins anglais; quatre font partie de ceux que j'ai observés, l'autre est emprunté à M. Mélier (1). De ces onze sujets, huit ont été guéris, trois n'ont éprouvé aucun

(1) *Journ. gén. de méd.*, avril, 1827, t. XCIX, p. 3, *Note sur l'emploi du sous-carbonate de fer, etc.*

effet ; mais ce résultat ne saurait être admis sans explication ; car nous allons voir combien l'analyse des faits va le modifier. J'examinerai séparément les cas de guérison et les cas d'insuccès.

1° Chez les sujets qui ont guéri, la dose du médicament a été de 4 décigrammes dans un cas ; elle a été bien plus élevée dans les autres, car on en a donné de 2 à 4 ou 5 grammes par jour pendant un temps quelquefois fort long. Il n'est qu'un seul de ces derniers malades qui ait pris le médicament pendant moins d'un mois. De ces sujets, cinq étaient des femmes et trois des hommes. Au moment de l'administration du médicament, la névralgie était violente dans six cas, légère et décroissante dans deux cas ; deux derniers n'exigèrent l'emploi du médicament que pendant quelques jours : la maladie était évidemment sur son déclin. Chez les cinq femmes, la menstruation était supprimée une fois, régulière deux fois, non indiquée dans les autres cas. L'âge des sujets variait de vingt-six à soixante-neuf ans. La constitution était bonne dans trois cas, délicate dans les autres.

Si maintenant nous recherchons quelle était l'ancienneté de la maladie, quels traitements on avait déjà employés, quels avaient été les effets de ces traitements, nous verrons que dans deux cas seulement le début remontait à quelques jours ; dans tous les autres il y avait de six semaines à six mois que les douleurs se faisaient sentir avec plus ou moins de violence. Le traitement antérieur avait été varié ; ainsi, on avait appliqué des sangsues, des vésicatoires pansés ou non avec l'hydrochlorate de morphine ; on avait administré le sulfate de quinine, l'opium et même l'arsenic. Tous ces remèdes

avaient été infructueux, excepté peut-être dans un cas, où la violence des douleurs avait beaucoup diminué à la suite d'une application de sangsues et de l'emploi de l'opium. Voici quels furent les résultats du traitement dans ces divers cas : chez les sujets dont la maladie était ancienne, aussi bien que chez ceux qui n'étaient affectés que depuis peu, la douleur ne fut pas emportée tout d'un coup, mais d'une manière graduelle et presque insensible. Chez les deux qui avaient une névralgie récente, le traitement fut beaucoup plus court que chez les autres : il ne dura que quelques jours; mais il faut dire que, soit par l'effet du repos et de l'hygiène, soit sous l'influence des médicaments employés, il y avait une diminution notable dans l'intensité des symptômes, en sorte que ces deux cas perdent beaucoup de leur valeur. Chez les autres sujets, la maladie était encore dans toute sa violence au bout d'un temps fort long.

Mais il est un autre point qu'il importe d'éclaircir : le sous-carbonate de fer était-il le seul moyen mis en usage? Dans cinq des cas que j'ai empruntés à Hutchinson, la médication a été complexe, et les remèdes qui ont été employés en même temps que le sel de fer n'étaient point des agents dont on pût négliger l'influence, ainsi qu'on va le voir. Chez deux sujets, on se servait, jusqu'à formation de pustules, d'une pommade dans laquelle le tartre stibié entrait en grande proportion; chez deux autres, le datura stramonium fut administré à une dose qui n'est pas indiquée, mais avec persévérance, pendant une grande partie du cours de la maladie; chez un autre enfin, on mit en usage des pilules dont voici la formule :

♃ Submur. hydrarg. . . gr. 1
Antim. tartari. . . . gr. 1/4
Opii. . . . . gr. 1 et 1/2
Mica panis q. s. ut f. Pil. mane noctuque sumend.

Et de plus on donna la belladone et d'autres narcotiques. Enfin, dans le sixième cas, il n'est point dit si le carbonate de fer était employé seul ou avec d'autres médicaments. Il est donc très difficile de distinguer quels ont été les effets qui appartenaient en propre au sous-carbonate de fer. Dans un cas seulement, la guérison peut lui être rapportée d'une manière certaine, puisque, vers la fin du traitement, on suspendit tous les autres remèdes qui n'avaient eu aucun succès, et que l'amélioration data du moment même où ce médicament fut administré seul.

Il suit de là que l'action du sous-carbonate de fer, au premier abord si avantageuse, devient très problématique lorsqu'on descend dans les détails.

2° Chez les trois sujets qui n'ont éprouvé aucun effet notable de ce médicament, les circonstances n'étaient pas à beaucoup près plus défavorables que dans les cas précédents. Les malades étaient du sexe féminin, d'une bonne constitution; la douleur était vive; l'affection datait de moins d'un mois; l'âge était d'environ vingt ans; les règles, supprimées dans deux cas, étaient irrégulières dans l'autre. Il n'avait été fait aucun traitement chez deux sujets, et le troisième avait pris de l'hydrochlorate de morphine sans succès. Le sous-carbonate de fer fut donné à la dose de 3 à 6 décigrammes par jour, et employé pendant un espace de temps qui varia de trois à vingt-six jours. La maladie ne fut nullement modifiée par cette médication, et on eut recours à d'autres moyens qui ne

triomphèrent de la maladie qu'au bout d'un temps assez long.

Si j'ai dû blâmer le traitement complexe qui a été employé dans les cas du premier groupe, je ne saurais approuver davantage la manière dont on a procédé dans ces trois derniers. En effet, bien que la dose du médicament et le temps pendant lequel il devait être administré aient été indiqués d'une manière précise par le docteur Hutchinson, le carbonate de fer a été donné, chez ces sujets, et pendant trop peu de temps, et à trop petites doses. On ne peut donc rien rigoureusement conclure de son inefficacité apparente.

Que penser, en définitive, de l'emploi du sous-carbonate de fer dans la névralgie trifaciale? M. Trousseau (1) croit que si certains praticiens ont retiré tant d'avantages du sous-carbonate de fer, tandis que les autres n'en ont obtenu aucun bon résultat, c'est que les premiers avaient à traiter des névralgies liées à un état chlorotique, facilement dissipé par le fer, tandis que les autres administraient le remède à des malades dans des conditions toutes différentes. L'analyse des faits précédents prouve que cette explication si plausible n'est pourtant point fondée. Parmi les cas qui ont guéri, nous voyons le remède agir avec autant d'efficacité chez les hommes que chez les femmes; et de ces dernières, au moins deux avaient des menstrues régulières et ne présentaient aucun signe de chlorose. Une autre avait une suppression de règles, mais sans aucun des autres signes qui caractérisent la chlorose; chez elle, le médicament n'eut aucun effet sur les règles qui restèrent complétement supprimées. Enfin, chez les trois femmes qui ne guérirent pas,

(1) *Traité de thérapeut. et de mat. méd.*, Paris, 1837, t. II, p. 196 et suiv.

il y avait ou suppression ou irrégularité des menstrues : ces cas étaient donc plus favorables que la plupart des autres à l'administration du sel de fer. Dans l'un deux, le médicament parut rappeler les règles, qui coulèrent presque aussi abondamment qu'en parfaite santé ; mais la névralgie ne perdit rien de son intensité. J'ajouterai que les médecins anglais qui ont obtenu les meilleurs résultats de l'emploi du fer n'avaient aucun égard à l'état de la menstruation.

Ce qui résulte de plus général des considérations précédentes, c'est que l'action favorable du sous-carbonate de fer est loin d'être parfaitement démontrée ; qu'en admettant son efficacité, il faut reconnaître que le traitement n'agit qu'avec beaucoup de lenteur ; et enfin, que l'administration de ce médicament peut occasionner des troubles assez notables des fonctions digestives.

4° *Opium, hydrochlorate de morphine à l'intérieur.* — Je réunis dans le même paragraphe ce que j'ai à dire sur ces deux médicaments, parce que leur effet est sensiblement le même, et qu'on ne les a pas assez souvent employés isolément, pour qu'on puisse trouver quelque avantage à les séparer dans l'étude de leur mode d'action. Ces deux agents thérapeutiques ont été mis en usage d'une manière assez suivie, chez douze sujets. L'*opium* a seul été donné à l'intérieur chez dix d'entre eux ; chez les deux autres, on a employé tantôt l'opium et tantôt l'hydrochlorate de morphine. Dans tous les cas où l'opium a été administré seul, il n'a eu absolument aucun effet notable sur la maladie, il engourdissait seulement la sensibilité. Dans deux cas, il y eut un soulagement réel, mais léger et peu durable. Il faut ajouter que, jamais, on n'a employé l'opium seul pendant

un temps considérable; le besoin de recourir à des moyens plus efficaces se faisait promptement sentir. Cependant la dose de l'opium était assez forte, puisque, chez presque tous les sujets, on l'éleva jusqu'à 15 et 20 centigrammes.

Après ce que je viens de dire, il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails sur l'action de ce médicament; on voit qu'il n'a pu être employé que comme adjuvant et qu'on ne saurait avoir en lui une grande confiance. Ce résultat confirme l'opinion de la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

L'*hydrochlorate de morphine* n'a été administré à l'intérieur que deux fois. Dans un cas, on peut dire qu'il a été le seul médicament employé, car on ne lui a joint que des moyens adjuvants tout-à-fait inefficaces par eux-mêmes. La dose fut élevée de 3 à 8 centigrammes en pilules; au bout de huit jours de cette médication, les douleurs commencèrent à se calmer, et furent dissipées complétement à la fin des huit jours suivants: elles n'existaient plus lorsqu'on administra du sous-carbonate de fer dans le but de rappeler les règles qui étaient supprimées depuis deux mois, et qui ne tardèrent pas à paraître avec leur abondance normale. Dans l'autre, les pilules d'hydrochlorate de morphine qu'on ne donna qu'à la dose de 2 centigrammes chacune, furent employées concurremment avec plusieurs applications de sangsues aux cuisses pour rappeler les règles, et trois emplâtres de thériaque, qui furent conservés pendant presque tout le cours de la maladie. Il n'est donc pas possible de démêler, dans ce dernier cas, l'action particulière de l'hydrochlorate de morphine.

5° *Datura stramonium.*—L'extrait de datura stra-

monium n'a été prescrit d'une manière un peu suivie que dans deux cas; une fois, il n'a eu aucun effet; dans l'autre, il fut administré à la dose de 3 à 5 centigrammes pendant environ vingt jours. Bien qu'on eût employé le sulfate de quinine, le sous-carbonate de fer, un vésicatoire sur le front, etc., la douleur était extrêmement vive et la maladie dans toute sa violence. Au bout de deux jours de l'administration du datura, l'intensité des accès commença à diminuer, et cinq jours plus tard, la douleur avait presque complétement disparu. Enfin, après vingt jours de ce traitement, la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie. Ce dernier fait semble parler d'une manière évidente en faveur du datura stramonium; mais il faut encore lui appliquer les réflexions que j'ai faites à propos de l'hydrochlorate de morphine à l'intérieur.

Outre les remèdes dont il vient d'être question, on administra quelques potions gommeuses ou éthérées, soit pour calmer quelques accidents hystériques, soit pour combattre la toux. Quant aux tisanes, elles furent très variées, et consistaient tantôt en infusion de tilleul, de violette, de fleur d'oranger, tantôt en une solution de sirop de gomme, etc.

Mon but étant de rechercher, par l'analyse des faits, l'efficacité réelle des médicaments, je dois passer sous silence un grand nombre d'autres moyens qui ont été mis plus ou moins fréquemment en usage : ainsi, l'emploi de la belladone, de l'assa-fœtida, de l'acide hydrocyanique, préconisé par Joseph Frank, de l'hydrochlorate de potasse, vanté par le même auteur, de la ciguë, du café, etc., etc. Ces médicaments n'ont pas été employés assez fréquemment, ou les détails fournis par les

auteurs ne sont pas assez complets pour qu'on puisse vérifier la valeur des éloges qu'ils ont tour-à-tour reçus. Vouloir se prononcer sans avoir des renseignements plus positifs, serait une témérité; et si d'autres l'ont fait, s'ils ont répété avec une confiance apparente les assertions des auteurs, c'est qu'ils ont voulu à tout prix être complets, et n'ont pas su se contenter des résultats sanctionnés par l'observation.

B. *Médication externe.* 1° *Vésicatoire.*— Des vésicatoires ont été assez rarement employés dans la maladie qui nous occupe, cela tient sans doute à la difficulté qu'on éprouve à trouver un lieu convenable pour leur application. Le cuir chevelu ne saurait y convenir parfaitement; on pourrait plus facilement les appliquer sur le front ou sur les parties latérales de la face ; mais le plus souvent les malades manifestent la plus grande répugnance pour ce moyen. Cependant, dans quinze cas au moins, on en appliqua un ou plusieurs qui furent pansés d'une manière différente, mais je ne trouve que dans sept cas des détails suffisants sur leur mode d'agir.

Vésicatoire pansé avec la pommade épispastique, ou avec un sel de morphine. — Chez trois sujets un seul vésicatoire fut employé; il fut appliqué sur le front, immédiatement au-dessus du sourcil et dans la direction du nerf frontal (une fois), ou à la nuque (deux fois). Dans un cas, on l'entretint avec la pommade épispastique, mais les pansements devinrent bientôt tellement douloureux, qu'il fallut le supprimer: dans les autres, dès que l'épiderme fut enlevé, on se hâta d'employer un sel de morphine : l'acétate ou l'hydrochlorate. L'effet du médicament est déclaré nul sans autres renseignements dans un cas; dans les autres,

au contraire, la douleur ne tarda pas à diminuer, et, une fois, elle disparut tout-à-fait.

Chez un sujet, les douleurs furent très notablement calmées par l'emploi d'un vésicatoire pansé avec le sel de morphine et appliqué sur le front, mais il fallut en placer, à la nuque, un nouveau qui fut simplement entretenu avec la pommade épispastique et pendant l'application duquel les douleurs disparurent peu à peu.

Vésicatoire volant.—Dans les quatre autres cas, j'ai employé les vésicatoires d'une manière toute différente; j'ai appliqué le vésicatoire *volant* sur les principaux points douloureux, c'est-à-dire sur le front, sur la tempe, sur la nuque, vers la sortie du nerf occipital, et toujours l'amélioration a été des plus rapides. Toutefois la guérison complète n'a eu lieu que trois fois; mais dans le quatrième cas, la névralgie était fort ancienne et avait une telle tendance à se reproduire, que les médications les plus actives ne faisaient que la calmer pour quelque temps. Un de ces faits est tellement remarquable, que je ne peux me dispenser de le rapporter ici.

NEUVIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie trifaciale très aiguë; accès réguliers; nul effet du sulfate de quinine à la dose de 0,8 grammes; emploi des vésicatoires; guérison rapide.

La nommée Fleury, âgée de 56 ans, est entrée à la Salpétrière il y a environ trente ans, pour des attaques d'épilepsie qui étaient survenues à la suite d'une frayeur. Il y a quatorze ans, pendant une de ces attaques, elle tomba dans le feu et eut le poignet droit profondément brûlé; cet accident nécessita l'amputation de l'avant-bras, au-dessus de

(1) Recueillie par M. Roulland, interne des hôpitaux.

l'articulation radio-carpienne. Depuis cette époque, les attaques d'épilepsie ne reparurent plus, mais la malade fut affectée plusieurs fois d'une névralgie de la face, revenant à des intervalles d'un an environ, sans qu'on pût en connaître la cause. Elle n'a pas remarqué que cette affection se reproduisît sous l'influence du froid; le dortoir où elle couche n'est pas humide, son lit est isolé du mur et assez éloigné des fenêtres. Sa nourriture est saine, suffisante. Elle est ordinairement bien portante et d'une bonne constitution.

Le 20 *mars* 1840 on put être témoin d'une de ses attaques de névralgie. La douleur débuta par une sensation de chaleur vive dans l'œil droit, bientôt suivie d'élancements partant de l'extrémité interne du sourcil; elle avait un haut degré de violence. La marche de la maladie se dessina bientôt : les douleurs revenaient par accès, dont la durée variait de deux à quatre heures, et chacun de ces accès se composait de plus petits accès qui se répétaient de dix en dix nutes, et ne duraient que trois ou quatre minutes au plus. Une fois le retour périodique constaté, on administra *le sulfate de quinine à la dose de 5 décigrammes*; après plusieurs jours de son emploi infructueux, on appliqua un vésicatoire de l'étendue d'une pièce de cinq francs sur le point d'émergence du nerf sus-orbitaire; on le pansa avec l'hydrochlorate de morphine. Le lendemain il y eut un amendement notable, et le troisième jour tous les accidents avaient complétement disparu.

Cette femme resta huit mois sans ressentir les atteintes de sa névralgie : elle reprit son genre de vie habituel. Le 28 *novembre* 1840, à six heures du matin, elle fut prise, sans cause connue, d'étourdissements, de douleurs de tête, et surtout d'élancements qui, dit-elle, partaient de l'œil droit pour gagner le sommet de la tête. Cet état dura environ quatre heures. Les douleurs commencèrent par un petit accès qui dura un quart d'heure; après une courte rémission, il fut suivi d'un autre un peu moins long, mais d'une violence

plus considérable; il en fut ainsi jusqu'à dix heures, alors les douleurs cessèrent à peu près complétement; dans la soirée la malade en éprouva quelques ressentiments légers.

Le lendemain, un accès aussi long, mais plus violent, commença et finit à très peu près aux mêmes heures.

Le 30 *novembre*, cette femme se présente à l'infirmerie, où l'on constate l'état suivant :

Face rouge, injectée; yeux remplis de larmes plus abondantes dans l'œil droit, dont la rougeur est visiblement plus considérable que du côté gauche. La lumière est difficile à supporter, et oblige la malade à cligner les yeux. La narine droite laisse échapper une quantité notable de mucosité limpide, transparente. Pas de salivation. Expression de vive souffrance, abattement, plaintes presque continuelles.

Douleur continue, excessivement vive, envahissant le front, la joue et le côté droit de la tête; elle s'accompagne d'élancements violents qui reviennent à des intervalles très rapprochés, et forment des exacerbations pendant lesquelles les souffrances sont intolérables. Ces élancements partent le plus souvent du trou sus-orbitaire, et passent sur le sommet de la tête pour aller gagner la partie postérieure de l'occipital.

La pression fait reconnaître les points douloureux suivants : le premier siége au niveau du trou sus-orbitaire; le second est situé à deux centimètres au-dessus du sourcil, sur le trajet du nerf frontal, dans une étendue qu'on pourrait couvrir avec la pulpe du doigt; il en existe un troisième très circonscrit au-dessous de la bosse pariétale, puis un quatrième en arrière et un peu en-dedans de l'apophyse mastoïde. La pression est également douloureuse au point d'émergence du nerf sous-orbitaire, à l'extrémité externe du sourcil, au niveau du trou mentonnier et sur le côté droit de la partie supérieure du nez. Les points les plus douloureux sont ceux de la face, et en particulier le sus-orbitaire, le sous-orbitaire et le nasal; quand on y exerce la pression, la malade se re-

tire vivement en arrière. Plusieurs fois il a suffi de presser légèrement un de ces points pour renouveler les crises.

Bourdonnements d'oreilles, plus forts du côté droit. Les autres fonctions s'exécutent bien. (3 *décigrammes de sulfate de quinine.*)

1[er] *décembre.* — Accès revenu à la même heure; même durée, même violence. (6 *décigr. sulf. quin.*)

2 *décembre.*—L'accès qui a commencé à sept heures du matin, a eu la même durée que la veille : la malade dit qu'il était plus violent que jamais. (0,8 *grammes de sulfate de quinine.*)

3 *décembre.* — Accès presque aussi violent et aussi long que la veille. (*Vésicatoire au-dessus du sourcil.*)

4 *décembre.* — Pas de changement notable dans la durée et l'intensité de l'accès. Léger œdème des paupières occasionné par le vésicatoire. (*Pansement avec le cérat.*)

5 *décembre.*—L'accès a été beaucoup moins long et moins douloureux; il n'a commencé qu'à huit heures.

6 *décembre.* — L'interne de garde ayant été appelé auprès de cette malade, et ne sachant pas qu'on avait recommandé de ne panser le vésicatoire qu'avec du cérat simple, applique à sa surface 0,05 *grammes d'hydrochlorate de morphine.* Au moment de l'application, l'amélioration qui s'était manifestée hier, ne s'était pas démentie, et avait même augmenté.

7 *décembre.* — Les douleurs n'ont eu lieu que pendant deux heures environ. Le lendemain et les jours suivants l'hydrochlorate de morphine a été supprimé; néanmoins, les accès ont suivi une marche décroissante, au point de permettre à la malade de reprendre ses occupations : elle fait des ménages dans la maison. Le 10, elle ne ressentait de son mal que quelques légères atteintes, qui ne tardèrent pas à se dissiper. Un mois et demi après, la névralgie n'avait pas reparu.

Quelque intérêt que ce fait pût nous présenter sous d'autres rapports, je ne l'envisagerai que sous le point

de vue thérapeutique. Peu de névralgies ont, dans leurs accès, une périodicité aussi marquée que celle-là, et cependant le sulfate de quinine, pris à une dose assez élevée, ne les a point arrêtés. Dira-t-on que ce médicament n'a pas été donné pendant assez long-temps? Mais le sulfate de quinine a-t-il besoin d'un temps plus long pour réussir? Le quatrième jour, l'accès était plus violent que jamais, quoique le médicament eût été élevé à la dose de 0,8 grammes. Dans ce cas, les accès étaient si violents, et les tortures de la malade si grandes, qu'il n'était pas permis de persister dans l'emploi d'un remède, dont tout semblait démontrer l'inefficacité. Cette femme n'eût-elle pas elle-même demandé, avec instances, le vésicatoire, je n'aurais pas hésité à l'appliquer dans des circonstances si pressantes, quand même l'inutilité du sel de quinine m'aurait été moins bien prouvée.

Par erreur, le vésicatoire a été une fois pansé avec l'hydrochlorate de morphine; en aurons-nous plus de doute sur l'action du vésicatoire simple? Cherchons la solution de cette question dans l'examen du fait. Le jour même de l'application du vésicatoire, il n'y eut aucun changement notable dans la violence de la maladie; mais, dès le lendemain, l'accès, qui jusqu'alors avait toujours augmenté d'intensité, fut beaucoup moins douloureux et commença plus tard. Ce fut alors qu'on fit usage du sel de morphine; et le jour suivant, l'amélioration avait fait de notables progrès; mais ces progrès ne furent nullement retardés par la suppression du médicament, qui fut abandonné le jour même. Toutes ces circonstances réunies nous prouvent que c'est au vésicatoire seul qu'il faut rapporter la guérison, surtout

si nous nous rappelons que jamais, dans les cas même les plus favorables, une seule application de morphine n'a eu de semblables résultats. Je n'ai donc point hésité à citer ce fait comme un exemple de l'efficacité du vésicatoire volant.

M. Picard, interne distingué des hôpitaux, me communique à l'instant une observation où l'action du vésicatoire est si facile à apprécier, que je ne peux pas me dispenser de la joindre à la précédente.

DIXIÈME OBSERVATION.

Névralgie frontale intense; sangsues, emplâtre de ciguë; nul effet; trois vésicatoires volants appliqués consécutivement: guérison rapide.

Une fille, âgée de 22 ans, domestique, est entrée à l'hôpital Beaujon le 28 novembre 1840. Elle est de taille moyenne, blonde, pâle, bien réglée. Jamais elle n'a eu de rhumatismes, et elle n'est point sujette à la migraine. Depuis six ou sept jours elle éprouve des douleurs dont elle ignore la cause, et qui siégent dans la région frontale du côté droit. Ces douleurs ne sont point constantes, et laissent quelquefois entre leurs retours l'intervalle de trois ou quatre heures, mais jamais un jour entier. Ordinairement, elles sont plus fortes le soir et la nuit que pendant la journée; quelquefois, elles sont assez vives pour arracher des larmes, et depuis leur début elles ont toujours été en augmentant.

Le 29 *novembre*, on put constater que la douleur qui avait son maximum au niveau de la sortie du nerf frontal, était bornée au côté droit, et ne s'élevait pas à une hauteur de plus de 10 à 11 centimètres, en s'irradiant sur la tempe et le front. Elle s'accompagnait d'élancements que la malade comparait à des coups d'aiguille. *Quinze sangsues* appliquées sur la tempe ne procurèrent aucune amélioration; les douleurs parurent même augmenter d'intensité, et l'on se détermina

à couvrir la tempe d'*un emplâtre de ciguë*. Ce moyen n'eut pas plus de succès.

Enfin, le 9 *décembre*, vingtième jour de la maladie, on appliqua un vésicatoire au-dessus du sourcil, et le lendemain les élancements avaient disparu ; ils étaient remplacés par un sentiment d'engourdissement. Deux jours après, on plaça un second vésicatoire un peu au-dessus du premier, et le 14 *décembre* les douleurs étaient presque nulles ; la malade cessait de se serrer, comme auparavant, la tête avec un mouchoir, et reprenait un peu de gaîté. Un troisième vésicatoire, appliqué sur la tempe, acheva la guérison, qui ne se démentit point jusqu'au 21 *décembre*, jour de la sortie de la malade.

L'exploration des parties occupées par la douleur n'a point été faite suivant la méthode que j'ai indiquée plus haut; mais l'exactitude du diagnostic n'en est pas moins incontestable. Peut-être un examen plus méthodique eût-il fait reconnaître quelques points douloureux qui ont échappé à l'investigation, et la névralgie aurait-elle paru un peu moins limitée; mais le fait n'aurait pas acquis plus d'intérêt sous le rapport thérapeutique.

L'effet des vésicatoires volants a été si prompt, si marqué, si durable, qu'on ne peut le mettre un seul instant en doute. Dira-t-on que la maladie était sur son déclin? Mais rien ne l'annonçait ; les émissions sanguines, l'application de l'emplâtre de ciguë, n'avaient produit aucune amélioration ; l'intensité des douleurs était la même, et c'est par nécessité qu'on eut recours à un nouveau moyen. L'emploi du premier vésicatoire, au contraire, fut suivi, du jour au lendemain, de la disparition complète des élancements : un second, appliqué deux jours après, enleva presque complétement les douleurs, et si l'on eut recours à un troisième, c'est plutôt

pour consolider la guérison que pour attaquer un reste de douleur à peine sensible. S'il n'y avait là qu'une simple coïncidence, elle serait bien surprenante. Mais on ne peut pas regarder cette supposition comme fondée quand on se rappelle que dans plusieurs autres cas, les choses se sont passées de la même manière.

Il est heureux qu'on ne se soit pas hâté d'employer le sel de morphine, comme on ne le fait que trop fréquemment, car, dans ce cas *si probant*, nous aurions trouvé les mêmes motifs d'incertitude qui nous ont déjà fait suspendre plus d'une fois notre jugement sur la valeur thérapeutique du vésicatoire.

Si je pouvais joindre aux observations que je viens de citer l'histoire de trois autres cas, dont je n'ai pas donné l'analyse, parce qu'ils se sont présentés trop tard, on y verrait que deux ou trois vésicatoires volants, appliqués sur le front, la tempe et même l'occiput, lorsque la douleur se portait jusque là, ont eu le même résultat; mais je me borne à mentionner ces faits, qui prouvent que, dans la névralgie trifaciale, ce moyen réussit aussi bien que dans les autres, et que toutes les fois qu'on pourra déterminer les malades à s'y soumettre, on aura lieu d'en attendre de très bons effets. Si ces exemples sont encore peu nombreux, ils ont du moins le mérite de présenter des circonstances qui leur donnent une grande valeur. La violence de la maladie au moment de l'application des vésicatoires, sa résistance à d'autres médications, l'amélioration rapide et la prompte guérison, tout dépose de l'efficacité de ce moyen si simple. C'est pourquoi, tout en formant des vœux pour que les observateurs fixent leur attention sur ce point de théra-

peutique, et se hâtent d'augmenter le nombre de faits que nous possédons, je crois devoir recommander particulièrement le vésicatoire volant, qui n'a d'autre inconvénient que de laisser, pendant quelque temps, une légère trace sur des parties exposées aux regards.

Vésicatoires arrosés avec le datura stramonium liquide.— M. Jobert cite, dans son ouvrage, deux cas où la peau, dénudée par le vésicatoire, fut arrosée chaque jour avec vingt gouttes de datura stramonium liquide. Au bout de quelques jours, la guérison fut complète; mais, dans ces cas, faut-il l'attribuer aux vésicatoires ou au médicament narcotique? Nous retrouvons ici les mêmes doutes que nous a inspirés le traitement par la morphine, employée suivant la méthode endémique. Je renvoie, pour les détails de ces faits, à l'ouvrage de M. Jobert (1), où les observations se trouvent.

2° *Emplâtre narcotique.* — Il serait beaucoup plus facile d'employer des emplâtres narcotiques préparés de diverses manières; mais, soit qu'on ait eu peu de confiance dans ce moyen, soit qu'on n'ait point songé à son application, elle n'a eu lieu que quatre fois dans les cas que j'ai rassemblés; encore faut-il en éliminer un, où l'emplâtre ne resta que pendant un jour sur la partie malade et fut aussitôt remplacé par un vésicatoire. Dans deux des trois cas qui nous restent, l'effet fut complétement nul; deux fois l'emplâtre, appliqué au-dessus du sourcil, était composé de thériaque avec ou sans addition de cinq décigrammes d'opium brut. L'application de cet emplâtre, au lieu de calmer les douleurs, parut les augmenter; cependant il n'y eut aucune inflammation de la peau. Chez le troisième sujet (observ. 11), trois emplâtres furent

(1) *Loc. citat.*, t. II, p. 657 et suiv.

successivement placés; ils étaient composés de thériaque avec incorporation de quinze à trente centigrammes d'hydrochlorate de morphine. On les avait faits assez grands pour recouvrir le côté malade de la face. On employa concurremment plusieurs applications de sangsues à la partie interne des cuisses; mais déjà à l'époque où l'on y eut recours, la douleur avait notablement diminué et les accès étaient plus rares. Les sangsues n'avaient d'ailleurs été prescrites que dans le but de rappeler les règles, en sorte que s'il faut rapporter la guérison à un de ces moyens, c'est évidemment à l'application des emplâtres. Si l'on avait un nombre suffisant de cas semblables, on devrait en conclure que l'emploi des emplâtres narcotiques n'a de succès que lorsqu'on lui donne une dimension assez considérable pour couvrir presque tout le siége de la douleur.

J'ai employé l'emplâtre de thériaque avec incorporation de deux décigrammes d'opium brut chez une femme âgée de quarante-huit ans, dont les douleurs névralgiques avaient leur maximum d'intensité au niveau du trou sous-orbitaire. Mais après trente-six heures de l'application de l'emplâtre sur ce point douloureux, il survint une rougeur vive de la joue, une tuméfaction œdémateuse qui gagna les paupières, et une sensibilité très vive de ces parties. Les douleurs, loin de diminuer, augmentèrent de violence, et il fallut se hâter d'enlever le topique. Il est bon de connaître la possibilité de cet accident pour se tenir en garde contre lui.

Je n'ai, comme on le pense bien, rien à dire de général sur l'emploi des emplâtres narcotiques; c'est une des nombreuses questions de thérapeutique pour la solution desquelles il faut attendre de nouvelles observations.

3° *Cautérisation.* — « Dans les névralgies faciales, dit M. Jobert (1), la cautérisation est un remède héroïque quand elles sont bornées à un nerf, mais impuissant quand elles occupent une grande surface. » M. Jobert n'appuie cette proposition sur aucune observation particulière; mais on trouve dans les auteurs plusieurs exemples de l'emploi de ce moyen. Les plus remarquables sont ceux qui ont été cités par André; ils sont au nombre de quatre pour la névralgie trifaciale; un cinquième appartient à la névralgie sous-occipitale : je le mentionnerai plus tard. Dans tous les cas, la cautérisation fut suivie d'une amélioration rapide, et bientôt après d'une guérison parfaite.

Le procédé d'André présentant des particularités importantes, et n'ayant point été rigoureusement suivi par d'autres chirurgiens, il est nécessaire de le faire connaître en détail. André commençait par appliquer, sur le point douloureux, un fragment de potasse caustique, de manière à produire une escarre; puis il incisait cette escarre, et, soit à l'aide de caustiques liquides, soit même avec le cautère actuel, il pénétrait chaque jour plus profondément jusqu'à ce qu'il arrivât à l'os et sur les filets nerveux malades, dont il opérait la destruction; ensuite, à l'aide d'un pansement approprié, il entretenait la suppuration pendant fort long-temps, persuadé que, lorsque la cicatrice se formait trop tôt, elle comprimait l'extrémité du nerf malade, ou empêchait l'écoulement de l'*humeur nervale.* Sans m'arrêter à cette théorie, je dirai que deux fois la cicatrisation ayant eu lieu au bout d'un mois, ou d'un mois et demi, les douleurs ne tar-

(1) *Loc. citat.*, p. 656.

dèrent pas à revenir, et il fallut avoir recours à une nouvelle opération.

Dans un cas de névralgie du nerf dentaire inférieur, André alla jusqu'à découvrir le nerf dans l'intérieur du canal dentaire, à l'aide du trépan, afin de porter le caustique sur le tronc nerveux lui-même. Ce fait, quoiqu'il ait été cité fréquemment, me paraît mériter d'être rapporté en entier, parce qu'il fait connaître d'une manière précise la manière de procéder de l'auteur, et parce que, en voulant l'abréger, on en a supprimé des détails fort importants.

ONZIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie trifaciale ayant son siége dans le nerf dentaire inférieur; le nerf découvert, à l'aide du trépan, est profondément cautérisé; guérison.

Le sieur ***, bourgeois de Versailles, souffrait depuis quatorze ou quinze ans les douleurs les plus cruelles d'un tic douloureux, qui avait son principal siége à la mâchoire inférieure du côté gauche, ou plutôt dans une branche du nerf de la cinquième paire, appelée maxillaire inférieure, qui sort du canal de la mâchoire par le trou mentonnier. Ces maux ne laissaient au malade aucun relâche. Jour et nuit, il courait comme un insensé et un furieux; il ne pouvait mâcher, et dans le temps de la déglutition il faisait les grimaces les plus horribles; enfin son tic le fatiguait au point, par ses fréquences, qu'il était obligé d'avoir continuellement le menton appuyé sur un point solide. Il ne pouvait presque pas parler; il était aussi dans l'impossibilité de vaquer aux affaires indispensables d'un négoce étendu. Son tic s'annonçait par des cris plaintifs, il finissait par des accents gra-

(1) Extraite de l'ouvrage d'André, p. 343 et suiv., et citée textuellement.

dués, entrecoupés, et d'une respiration précipitée par le nez, et était accompagné d'une extension générale et d'une distorsion continuelle du nez, des lèvres, de la bouche et de tout le visage, et de douleurs si grandes et si vives, qu'il disait toujours qu'on lui arrachait avec violence les tempes et le pariétal du côté malade. Il avait pendant tout ce temps fait beaucoup de consultations et de remèdes, et il n'y eut guère de charlatans qui n'eussent essayé de lui en donner.

Après toutes les tentatives inutiles et multipliées, M. Maréchal fut consulté, et fut le premier qui soupçonna la cause de cette maladie; il fut aussi le premier qui, avec une main industrieuse, osât l'aller chercher, pour la saper dans son principe. Le malade n'en connaissait ni la cause, ni même le vrai point fixe. Rien de sa connaissance n'y avait donné lieu, et pour s'en faire soulager, il avait sacrifié, l'une après l'autre, toutes les dents du côté de cette mâchoire. M. Maréchal, pour exécuter son ingénieux projet, incisa à l'intérieur et au-dedans de la bouche, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'aux dents incisives; dans ce trajet, il mit, autant qu'il put, l'os à découvert, afin de ne pas échapper la branche du nerf qu'il cherchait. L'opération finie, il fit panser la plaie à l'ordinaire. L'hémorrhagie fut en ce moment de peu de conséquence; mais la difficulté de déterminer la suppuration et de la soutenir pendant quelque temps, comme l'opérateur le désirait, allongea de beaucoup le traitement, et il ne paraissait encore aucun changement à l'état du malade le dix-septième jour de l'opération; mais le dix-huitième, il survint tout-à-coup une hémorrhagie si considérable qu'on eut beaucoup de peine à l'arrêter, et qui mit la vie du malade en danger.

Revenu de cet accident, il se sentit beaucoup mieux; mieux qu'on ne peut attribuer qu'à la grande déplétion causée par la perte considérable qu'il avait essuyée par l'hémorrhagie, et qui avait amorti le jeu élastique des vaisseaux et les avait rendus peu susceptibles de convulsions. Encore

faut-il observer, sur le rapport réitéré du malade, que cette espèce de soulagement ne subsista qu'environ deux mois, pendant lesquels il eut plusieurs accès passagers de son tic douloureux.

Après ce temps, le mal reprit de nouveaux accroissements, et le malade retomba dans des douleurs encore plus aiguës que par le passé. La cure que je venais de faire à madame***, et les éloges qu'on prodiguait de toutes parts à ce premier succès, l'encouragèrent à me donner toute sa confiance, et à se soumettre à l'opération que je lui fis au mois de mai 1732.

Pour découvrir la cause du mal dans son origine, je mis en usage les mêmes moyens que je venais d'employer à la dame***, la douleur fixe étant au nerf maxillaire inférieur; et comme je ne pouvais le voir à nu qu'à sa sortie du trou mentonnier, j'appliquai une traînée de pierre à cautère, avec les précautions requises, au-dessous de la dent canine dans l'endroit qui répondait au trou mentonnier. Je finis mon traitement comme ci-devant, à quelques changements près que je crus nécessaires à l'accélération de la cure. Le huitième jour de l'opération, l'os parut à découvert ainsi que le trou mentonnier; j'aperçus alors distinctement le paquet des vaisseaux, le nerf, l'artère et la veine confondus avec les fragments de l'escarre; je les pinçai et secouai légèrement : à l'instant le tic reparut, quoique depuis quatre jours il eût entièrement cessé. Le malade, quoique souffrant, ne put contenir son allégresse, ses larmes en furent de fidèles interprètes; il touchait en effet au moment heureux qui devait mettre fin à ses maux. La suppuration augmenta insensiblement, l'escarre tomba, et tous les sentiments douloureux. A cette nouvelle, ses parents et ses amis accoururent en foule pour partager sa joie et célébrer ce prodige (car c'est le nom qu'ils donnaient à cette guérison); il buvait, mangeait, et conversait sans la moindre interruption;

tout retentissait des louanges de la chirurgie et du chirurgien.

Cette fumée ne m'arrêta point, je poursuivis sans relâche mon dessein, et pour tenir plus long-temps la plaie ouverte et procurer l'exfoliation de l'os découvert, je fis faire une platine ovale, figurée au dénûment de l'os, et une espèce d'entonnoir pour préserver les parties voisines du feu; j'appliquai à travers l'entonnoir la platine bien rouge, et je l'y tins appuyée assez de temps pour qu'elle y fît une impression suffisante.

J'avais fait avant pour dégager entièrement le nerf morbifié, à côté du trou mentonnier, un trou avec le trépan perforatif, en tirant du côté de l'angle de la mâchoire; j'élargis par le même moyen le mentonnier. La chute de l'os cautérisé mit à découvert le canal de la mâchoire et le nerf, que je détruisis le plus loin qu'il me fut possible, et toujours avec le caustique liquide, ce qui acheva de lui ôter toute communication avec les dents canines et incisives, les seules qui restassent au malade du côté affligé.....

Le sieur ***, après deux mois d'une suppuration aidée par des pansements suivis, l'exfoliation faite, me pria de cicatriser sa plaie; je me rendis volontiers à sa demande, et quelques jours après, il fut entièrement satisfait. La cicatrice fut très peu difforme; une mouche ovale, de la largeur d'une pièce de douze sous, suffisait pour la cacher totalement.

Ces heureux succès fermèrent la bouche à plusieurs personnes, qui se réveillèrent et s'échauffèrent au récit d'un accident nouveau : le sieur ***, rentrant fort tard chez lui, se laissa tomber rudement de cheval; sa tête porta sur des cailloux aigus, qui lui firent une plaie considérable, et en forme de croissant, depuis la partie supérieure du temporal jusqu'aux os du nez, la portion antérieure du pariétal gauche et une partie du coronal furent entièrement dépouillées, et l'os fut découvert dans tout le trajet du coup. Dans le court

espace de douze jours, je mis le sieur *** en état de venir à Versailles terminer une affaire importante, et en moins d'un mois, il fut parfaitement guéri. Onze mois après, il mourut d'une fluxion de poitrine, sans avoir eu, jusqu'au moment de sa mort, la moindre atteinte et le plus petit ressentiment de son tic douloureux.

Le succès, dans ce cas remarquable, a été évident; mais est-il bien démontré qu'un traitement aussi douloureux était nécessaire? Les détails que donne André sont tout-à-fait insuffisants pour nous éclairer sur ce point. Il dit bien que le malade avait employé beaucoup de remèdes, mais quels étaient ces remèdes? Certes, ce n'était pas là un détail oiseux.

Je ne multiplierai pas ces réflexions; car, je le répète, mon but, en citant cette observation, était de faire connaître comment André entendait la cautérisation. Je n'a-outerai qu'un mot. Ce cas est un exemple des méprises qu'on peut commettre, lorsque le diagnostic n'est pas éta-li sur des bases solides. On avait pris le mal pour une odontalgie, et on avait arraché toutes les dents du côté malade; il fallut tout le savoir de Maréchal et d'André our ne pas tomber dans cette erreur. On n'aurait pas esoin de remonter à une époque aussi reculée pour en rouver de pareilles.

Dans tous les cas opérés par André, la maladie était xcessivement violente, et les accès insupportables. Son ncienneté était toujours très considérable (de dix à quaorze ou quinze ans), et les malades étaient le plus souvent ors d'état de se livrer à leurs occupations. Deux fois s'agissait d'une névralgie sous-orbitaire, et deux fois 'une névralgie dentaire inférieure; c'est dans ces deux erniers cas que la cautérisation a eu l'effet le plus

prompt et le plus durable. Deux sujets étaient dans des conditions peu favorables, puisque l'un avait soixante-quinze ans, et l'autre soixante-dix, avec une constitution détériorée.

On ne saurait donc douter que la méthode d'André n'ait eu une grande efficacité. En effet, dès les premiers jours de son emploi, les douleurs les plus violentes sont calmées, et la guérison est assurée au bout d'un certain temps. Mais on a fait plusieurs reproches à cette manière d'agir; les principaux sont la longueur et la violence du traitement et la difformité de la cicatrice. Ces reproches ne devraient nullement arrêter, dans des cas semblables à ceux qu'a cités André, si déjà, comme je l'ai dit plus haut, on avait employé inutilement des moyens plus doux, dont l'efficacité incontestable dans un certain nombre de cas a été prouvée par l'observation. Mais, dans les cas légers et lorsque les autres moyens n'ont pas été mis en usage, il faut s'abstenir de cette cautérisation profonde, qui doit être rangée parmi les remèdes extrêmes. Dans deux cas cités, l'un par Marc-Aurèle Séverin (1), l'autre dans la Bibliothèque germanique (2), la cautérisation profonde par le cautère actuel a été mise inutilement en usage; mais on ne saurait attribuer l'insuccès à la méthode d'André, puisque la suppuration n'a pas été entretenue pendant le temps jugé nécessaire par ce chirurgien, et que d'ailleurs il n'est pas prouvé qu'on soit arrivé sur le nerf.

La *cautérisation* est pratiquée d'une manière toute différente par M. Jobert. Après avoir bien déterminé,

(1) *Loc cit.*
(2) *Bibliothèque germanique*, t. V, p. 38.

par le trajet des douleurs, quelle est la branche nerveuse affectée, ce chirurgien promène rapidement le cautère actuel sur la direction des rameaux malades. Il n'a pas, ai-je dit, cité d'observations à l'appui de ce procédé; mais voici ce qu'on lit dans le *Compendium de Médecine pratique* (1) : « L'un de nous a vu M. Jobert » obtenir, et a obtenu plusieurs fois lui-même, la gué- » rison de névralgies très intenses, en promenant légè- » rement un fer rouge sur le trajet de la douleur. Ce » moyen, plus effrayant que douloureux, ne laisse après » lui que des cicatrices presque imperceptibles. » Il est fâcheux que nous n'ayons pas plus de détails sur ces observations intéressantes.

On a généralement dit, et M. Jobert partage cette opinion, que la cautérisation doit être employée dans les cas seulement où la maladie a son siége bien limité dans une branche nerveuse. Mais dans les deux premières observations d'André, les douleurs, bien qu'ayant leur point de départ le plus constant dans le trou sous-orbitaire, s'étendaient à presque tout un côté de la face; ce sont pourtant deux cas de succès complet. Il faut donc avoir égard non pas à l'étendue de la douleur, ni à son siége dans des branches diverses, mais au point le plus particulièrement affecté, d'où les douleurs s'élancent pour aller gagner les parties voisines. Sans doute si la névralgie passait, comme on le voit quelquefois, d'une branche à l'autre; si les douleurs lancinantes prenaient leur source, tantôt dans un point, tantôt dans un autre plus ou moins éloigné, on aurait, selon toutes les apparences, beaucoup moins de chances de succès. Cependant, n'oublions pas que, dans certains cas, des

(1) *Loc. citat.*, t. III, p. 610.

applications topiques ont eu des effets avantageux, quoiqu'on ne les ait faites que sur un seul des points divers occupés par la névralgie. Au reste, c'est encore là une question sur laquelle l'observation n'a pas définitivement prononcé.

Lorsqu'il s'agira du traitement en général, j'indiquerai quelle place doit occuper la cautérisation parmi les moyens qu'on a opposés à la névralgie trifaciale.

4° *Incision du nerf.* — Cette opération a été pratiquée dans trois des cas que j'ai rassemblés. C'étaient des névralgies sous-orbitaires chez des sujets âgés de quarante-six à soixante-quatorze ans. L'incision fut pratiquée à la base de l'orbite, de manière à tomber sur l'extrémité antérieure du canal sous-orbitaire; mais rien dans les observations ne prouve que la section du nerf ait été complète. Dans deux de ces cas, la guérison fut prompte et solide; dans l'autre, on n'obtint aucun effet avantageux.

L'incision a été pratiquée un certain nombre de fois, outre celles que je viens d'indiquer. Ainsi, Maréchal, qui a été cité par André dans ses deux premières observations, opéra ou tenta d'opérer la section du nerf sans aucun succès; des chirurgiens plus modernes ont fait également des tentatives infructueuses; mais comme les détails de ces faits nous manquent, il est inutile d'y insister plus longuement.

5° *Résection d'une partie du nerf.* — Ce procédé a été tenté plusieurs fois avant ces derniers temps; mais je ne connais que les deux cas cités par M. A. Bérard qui puissent nous offrir toutes les garanties nécessaires pour établir des conclusions rigoureuses. Dans les autres

de l'aveu des chirurgiens eux-mêmes, on ne fut pas toujours positivement sûr d'avoir coupé le nerf (1). Chez les deux sujets opérés par M. A. Bérard (2), les névralgies étaient, l'une sous-orbitaire, et l'autre dentaire-inférieure. Les deux observations, recueillies par M. Godin, offrent un très grand intérêt; mais comme elles ont de nombreux points de ressemblance, je me bornerai à présenter la suivante.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Névralgie du nerf sous-orbitaire datant de vingt ans; insuccès de tous les moyens ordinaires; résection du nerf; guérison.

A. Marg. Roux, âgée de 66 ans, maigre, est assez bien conservée. Jamais elle n'a fait de fortes maladies, et ne souffre que de l'affection pour laquelle elle est dans cet hospice (la Salpêtrière). Il y a dix-huit ou vingt ans que, sans cause connue, ni coup ni chute sur la joue, sans douleurs antécédentes des dents de la mâchoire supérieure (elle en avait eu à la mâchoire inférieure), elle fut prise d'élancements dans le trajet du nerf sous-orbitaire gauche. Ces douleurs ne furent d'abord ni continues, ni très fortes; elle les avait depuis environ huit ans, lorsqu'à la suite d'une application de sangsues (12 à la joue, puis le lendemain 6 dans la bouche), elle resta deux années sans en souffrir. Cependant, durant ces deux années, elle avait continué son état de marchande, et était restée exposée à l'air. Il revint ensuite de petits élancements qui augmentèrent graduellement, malgré de nouvelles applications de sangsues, de vésicatoires, etc. Un médecin crut devoir recourir à la section du nerf malade; mais son incision peu profonde, bien inférieure au trou sous-orbitaire, paraît avoir atteint seulement quelques branches

(1) V. Boyer, t. VI, p. 353.
(2) *Journ. des conn. méd. chir.*, mai 1836, p. 442 et suiv.

du tronc. Pendant quelques jours, il n'y eut pas de crises; mais aussitôt que la plaie fut cicatrisée, elles revinrent encore plus fortes. Après avoir épuisé, pour ainsi dire, toutes les espèces de traitement, elle entra à la Salpêtrière, il y a trois ans, dans l'état suivant qui persista depuis.

Élancements presque continuels avec exaspération toutes les cinq minutes. Les douleurs partent de la cicatrice, et se répandent dans toute la joue; contractions, convulsions des muscles de la face; la salive coule plus abondamment; pas de larmoiement. La malade, autrefois dormeuse, n'a plus de sommeil; elle est considérablement amaigrie; ses traits expriment la souffrance. Elle fut soumise à l'application locale des sels de morphine, par la méthode endermique. L'électricité galvanique, employée depuis plus de trois semaines, sembla plutôt exaspérer le mal que l'améliorer. M. Bérard proposa alors la section du nerf sous-orbitaire, qui fut acceptée par la malade avec empressement.

L'opération fut pratiquée au commencement de mai. M. Bérard fit une incision transversale sur la base de l'orbite, longue d'environ un pouce et demi; une deuxième incision descendit perpendiculairement dans la fosse canine du milieu de la première, et offrit à peu près la même longueur; il en résulta une plaie en T, dont les angles furent renversés de haut en bas. La section des parties molles jusqu'au périoste de la base de l'orbite mit à nu le trou sous-orbitaire. Tous les filets émergents de ce trou furent parfaitement isolés à l'aide de la sonde cannelée pour ne pas les couper; ensuite l'opérateur enleva près de quatre lignes de longueur de tous ces filets. Au moment de la section du nerf sous-orbitaire, la malade éprouva une douleur très vive, que tous les traits de son visage exprimèrent de la manière la plus énergique, mais qui passa avec la rapidité de l'éclair.

Aussitôt après, non seulement la douleur avait disparu, mais encore les parties qui en étaient le siége étaient devenues complétement insensibles. Les lèvres de l'incision furent

d'abord tenues écartées avec de la charpie, pour en empêcher la réunion par première intention. Plus tard, on les rapprocha un peu avec des bandelettes de diachylon, placées transversalement; mais bien qu'il ne se manifestât aucun accident, la cicatrisation fut très lente; car l'os qui avait été dénudé dans une petite portion, pendant l'opération, dut s'exfolier superficiellement, et lorsque l'on renvoya la malade dans son dortoir, à la fin de juillet, il restait encore quelques croûtes. Quelques élancements dans la joue, peu longs, s'étaient fait sentir trois ou quatre fois dans le courant de mai; mais depuis, elle n'a rien éprouvé de semblable : l'appétit et le sommeil sont revenus; elle se porte aussi bien que jamais.

Si l'on ne considère que l'ancienneté, la violence, la gravité de la névralgie, la prompte disparition des douleurs, et la solidité de la guérison, c'est assurément là un des cas les plus concluants que nous possédions; mais si l'on veut savoir jusqu'à quel point la résection du nerf était indispensable, on se voit forcé de regretter que l'observation soit si laconique sur les moyens employés avant la cautérisation. Sans doute, on nous dit que les vésicatoires, les sangsues, la méthode endermique, l'électricité, ont été tour à tour mis en usage; mais de quelle manière? pendant combien de temps? voilà ce qu'on ne nous dit pas. Je suis loin de prétendre assurément que l'opération ne fût pas indiquée, et même qu'elle ne fût pas indispensable; j'exprime seulement le regret que le rédacteur de l'observation ne nous ait pas fait connaître, d'une manière plus précise, les raisons, sans doute fort bonnes, qui ont décidé M. Bérard à avoir recours à ce moyen, qu'il a considéré lui-même comme extrême.

L'insuccès de l'électricité, dans un cas où les chances étaient très favorables, puisque la névralgie était presque entièrement concentrée dans le nerf sous-orbitaire, doit être soigneusement constaté ici.

Dans le cas où la résection fut pratiquée par M. Bérard pour une névralgie du nerf dentaire inférieur, une partie du faisceau nerveux qui sort par le trou mentonnier, fut retranchée avec le même soin, et le succès fut le même.

La résection du nerf, lorsqu'on est bien sûr de l'avoir réellement faite, est donc d'après ces faits un moyen des plus efficaces; elle a sur la cautérisation, telle que l'employait André, l'avantage de laisser une cicatrice beaucoup moins difforme, d'occasionner moins de douleur, et de ne pas exiger l'entretien de la suppuration pendant un temps fort long. Jamais, je le répète, on ne doit y avoir recours, ainsi qu'à la cautérisation, que dans des cas d'une extrême violence, et lorsque les autres remèdes ont été impuissants.

Réflexions générales sur les moyens externes précédemment étudiés.

Ces moyens peuvent être divisés en deux catégories distinctes : les uns ont été employés dans le but d'aller attaquer la maladie jusque dans le nerf même qui en était le siége, et les autres ont été destinés à produire, dans les parties molles, une irritation propre à faire disparaître la douleur nerveuse.

Dans la première espèce, il faut placer la cautérisation et la résection d'une portion du nerf; remarquons, toutefois, que le premier de ces deux moyens a deux modes d'action bien différents, qui sont : 1° d'irriter par la cautérisation superficielle les parties qui recouvrent le

nerf; et 2° de détruire cet organe lui-même. Le premier mode d'action ne doit pas être négligé, puisque, dans les observations d'André, la simple application de la potasse caustique sur la peau, et la formation d'une escarre qui n'atteignait pas, à beaucoup près, les branches nerveuses, a suffi pour produire dans tous les cas une amélioration notable. Mais cette amélioration a été bien plus évidente lorsque le cautère est arrivé sur les rameaux nerveux où la douleur avait son siége. Dans les deux cas de résection cités par M. A. Bérard, les seuls, ainsi que je l'ai dit, sur lesquels on puisse asseoir son opinion, il est évident que la cessation des douleurs a été uniquement due à l'ablation d'une partie du nerf malade et à l'interruption des communications entre la source de la douleur et les divers points où elle se portait.

Dans la seconde catégorie, je rangerai d'abord l'incision, 1° parce qu'il n'est pas prouvé que le nerf ait toujours été divisé; 2° parce que les douleurs, qui ne cessaient pas brusquement, n'étaient plus ou moins diminuées que pendant le temps de la suppuration et du pansement. Il est permis de croire, sans doute, que, dans quelques cas, l'amélioration fut due à la section même du nerf; mais comme il ne nous est pas possible de démêler exactement ces cas, et que ce qui frappe surtout, dans les suites de ces opérations, c'est l'existence d'une irritation plus ou moins semblable à celle du vésicatoire, il est impossible d'accorder une grande valeur à l'incision même de la branche nerveuse.

Quant à l'application des vésicatoires, on a vu que les vésicatoires simples, et surtout les vésicatoires volants, n'ont point été employés très souvent, et que,

dans un bon nombre de cas, on a pansé ces exutoires soit avec les sels de morphine, soit avec le datura stramonium. Mais ici l'action n'est-elle pas complexe? N'y a-t-il pas, d'une part, l'irritation produite et par le vésicatoire, et par l'application des médicaments sur la surface dépouillée d'épiderme; et, d'autre part, l'action narcotique de ces médicaments eux-mêmes? Comment distinguer alors ce qui appartient à l'une et à l'autre? Si l'on savait, d'une manière positive, que l'irritation causée par le vésicatoire et par la manière dont il est pansé, est toujours sans succès dans les névralgies, on devrait, par voie d'exclusion, rapporter tout le bénéfice de la cure à l'action narcotique des médicaments; mais on sait, au contraire, que le vésicatoire seul a été suivi de succès évidents, et dès lors rien ne prouve que la simple vésication n'eût pas suffi pour enlever la maladie.

Rien n'est plus vicieux que la manière ordinaire de traiter les névralgies. Pour montrer la vérité de ce que j'avance, il me suffira de rappeler les cas récemment observés par moi, et dont j'ai rapporté deux exemples si concluants (observ. IX et X). Si dans ces cas on avait employé concurremment un sel de morphine, ou tout autre médicament actif, n'eût-on pas été tenté de lui rapporter la guérison?

Ce qui prouve qu'une simple cautérisation des parties superficielles peut opérer la cure radicale de la névralgie trifaciale comme des névralgies des autres parties du corps, c'est que la cautérisation transcurrente a été couronnée de succès. Il suit de tout ce qui précède, qu'au milieu de ces procédés divers et des diverses manières dont on peut interpréter les faits, il est plus

difficile, qu'il ne devrait l'être, de déterminer positivement la valeur des moyens extrêmes que je viens d'indiquer. On ne doit faire d'exception que pour les deux cas de résection cités par M. A. Bérard.

Il est bon de signaler ces imperfections dans l'expérimentation thérapeutique, afin qu'à l'avenir ces différents moyens soient employés de manière à pouvoir facilement manifester leur action propre; c'est seulement ainsi qu'on pourra faire avancer la science.

6° *Électricité.* — Ce moyen a été mis en usage par un assez grand nombre de praticiens, mais aucun ne l'avait encore plus généralement employé que M. Magendie. Cet auteur le regarde comme le remède le plus efficace qu'on puisse opposer aux névralgies, et en particulier à la névralgie faciale. On trouve, dans un travail récemment publié (1), plusieurs observations où l'on voit l'électricité, mise en usage par ce professeur, avoir un plein succès. Les névralgies pour lesquelles M. Magendie a eu recours à l'électricité, étaient très violentes; et cependant, d'après le mémoire que je viens de citer, l'amélioration avait lieu dans plusieurs cas dès la première séance; il ne fallait jamais plus de dix séances pour amener la guérison; et lorsqu'il y avait récidive au bout d'un temps plus ou moins long, une nouvelle application de l'électricité suffisait pour dissiper les douleurs sans retour.

Avant de chercher à apprécier la valeur de ce moyen, faisons connaître la manière dont M. Magendie le met en usage. Il emploie constamment des aiguilles qu'il fait pénétrer jusque sur le nerf ou très près de lui; ces aiguilles sont au nombre de deux, implantées à une cer-

(1) *Gazette médicale*, t. VIII, octobre 1840, numéros 43 et 45.

taine distance l'une de l'autre, de manière à établir un courant. L'aiguille correspondant au pôle positif est enfoncée vers le tronc du nerf; celle qui correspond au pôle négatif est implantée dans le point le plus douloureux parmi ceux où vont se rendre les filets nerveux. M. Magendie emploie aujourd'hui de préférence à la pile galvanique, la machine électro-magnétique de Clarke, qui est plus commode, exerce une action plus douce, et n'exige pas de solution acide. Quant à la manière de pratiquer l'opération, elle est décrite ainsi qu'il suit dans ce mémoire.

« Il faut agir d'abord avec peu d'éléments : cinq à six suffisent. Il ne faut point prolonger le contact des aiguilles et des conducteurs au-delà de quelques secondes. J'ai vu cependant des cas où la douleur n'était heureusement modifiée que quand on avait recours à une sorte de courant continu. La douleur n'est pas la même aux deux aiguilles; elle est en général plus aiguë au pôle négatif qu'au pôle positif. Il n'est pas rare que la névralgie disparaisse dès le premier contact des aiguilles et des conducteurs. On doit alors immédiatement s'arrêter. Une secousse électrique, en l'absence de la douleur, pourrait ramener à l'instant la névralgie.....

» Si la névralgie vient de quitter le nerf qu'elle occupait, pour se fixer sur un autre nerf, ou seulement sur une autre branche du même nerf, on la poursuivra, dans ce nouveau siége, par les mêmes moyens que je viens d'indiquer.

» La douleur n'existe plus. Ne vous hâtez pas cependant de retirer les aiguilles, mais attendez quelques instants, car elle pourrait revenir. M. Magendie recommande ordinairement aux malades d'exécuter les

mouvements qu'ils savent les plus propres à rappeler la névralgie. Celle-ci reparaît-elle, une ou deux applications galvaniques en font promptement justice.

» Une fois qu'on s'est bien assuré de la disparition complète de la névralgie, on retire les aiguilles. Il est rare que les piqûres saignent ; elles fourniraient, tout au plus, quelques gouttelettes de sang.

» Aucun pansement à faire. Les malades ne ressentent plus qu'un très léger fourmillement sur le trajet du nerf ; souvent même tout souvenir de la douleur s'est dissipé. »

On doit regretter que l'auteur du mémoire se soit contenté de présenter quelques uns des faits qu'il a pu observer ; il eût été du plus haut intérêt d'avoir une analyse exacte de tous les cas dans lesquels ce procédé si simple a été mis en usage. Il néglige, dit-il, de citer les autres cas, parce qu'ils ont une trop grande ressemblance avec ceux qu'il a rapportés ; mais, sans les citer en détail, il pouvait nous dire combien de fois cette méthode de traitement avait été employée avec succès ; au bout de combien de temps la névralgie avait diminué ou disparu dans tous les cas ; dans quelles conditions se trouvaient les malades, etc., etc. Comment apprécier l'efficacité d'un remède sans tous ces renseignements?

Je n'ai trouvé, dans les auteurs, aucune relation détaillée d'expériences suivies sur l'électro-puncture ; j'en ai été d'autant plus surpris, que l'emploi de ce moyen est facile et sans danger. Dans quelques observations, on dit, il est vrai, que l'électricité a été mise en usage sans aucun succès, mais c'est un point de thérapeutique assez important pour qu'on oppose, aux faits cités par M. Magendie, autre chose que des assertions. Depuis que j'ai lu l'article dont je viens de présenter un extrait, j'ai

employé l'électro-puncture dans trois cas de névralgie, en suivant les préceptes de M. Magendie. Dans un cas, il s'agissait d'une névralgie occipitale, dont le maximum de douleur était dans la branche mastoïdienne. Les symptômes étaient de moyenne intensité, mais il y avait une salivation très considérable; la maladie durait depuis dix-huit mois; la malade, âgée de 49 ans, était forte et du reste bien portante; on ne put faire que deux séances, parce que les douleurs devinrent tellement violentes, qu'elles privèrent la malade de sommeil. Elle ne voulut plus consentir à se laisser électriser, et quinze jours après, la douleur névralgique avait conservé une grande partie de l'acuïté qui lui avait été communiquée par le galvanisme. Dans un cas de névralgie occupant une grande étendue du plexus brachial, les résultats furent les mêmes. Ils furent moins désavantageux dans une névralgie intercostale; les secousses produites par la pile étaient douloureuses, et la douleur qu'elles causaient se prolongeait pendant toute la journée et toute la nuit; mais, le lendemain matin, elles étaient descendues à un degré plus bas qu'elles n'étaient avant le galvanisme; cet effet fut constant après les trois séances qui eurent lieu. Des accès d'hystérie, du trouble dans les fonctions digestives, une grande fatigue, me forcèrent à suspendre l'emploi de ce moyen.

Je suis loin, sans doute, de vouloir tirer une conclusion générale de ces faits, mais j'ai cru devoir les citer, afin d'engager les observateurs à multiplier ces expériences.

Il me resterait à parler de l'emploi de l'*aimant artificiel*, essayé par Andry et par Thouret; de l'*acupuncture*, préconisée par M. Jules Cloquet, etc., etc.; mais

ces moyens ont été mis trop rarement en usage, et les faits sont trop dépourvus de détails pour nous être utiles. Je me bornerai à dire, relativement à l'aimant, que d'après Thouret, il peut quelquefois calmer la douleur, mais non guérir la névralgie.

7° *Émissions sanguines.*—Dans onze cas seulement, on a employé soit la saignée générale, soit les sangsues; et bien que ces cas ne présentassent aucune condition défavorable, jamais les émissions sanguines n'eurent un succès positif. Deux fois, il y eut une légère diminution de la douleur, le lendemain de la saignée; mais cette amélioration fut de très courte durée. Chez quelques sujets, on appliqua jusqu'à trente sangsues, et néanmoins, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, la maladie avait repris toute sa violence. Une fois, il y eut même une augmentation notable des douleurs. Dans la majorité des cas, l'absence de tout amendement dans les symptômes, après les émissions sanguines, n'était évidemment pas dû aux mauvaises conditions dans lesquelles se trouvaient les malades, puisque chez neuf sujets la guérison eut lieu d'une manière complète sous l'influence d'autres médicaments; que chez un autre, il y eut une amélioration des plus notables, et qu'une seule fois la maladie résista à tous les moyens mis en usage.

Les émissions sanguines n'ont donc eu aucun succès réel dans la maladie qui nous occupe.

Je ne dirai rien des *bains*, parce que jamais ils n'ont formé la base du traitement, et que, par conséquent, ils ont été administrés trop rarement et à des intervalles trop considérables pour avoir eu une action notable.

Régime.—Le régime n'a présenté rien de particulier chez la plupart des sujets. On leur accordait ordinaire-

ment la demi-portion ou les trois quarts, à moins qu'il n'y eût quelque trouble des fonctions digestives, ou que la mastication fût assez douloureuse pour réveiller presque infailliblement les accès. Les malades n'éprouvaient aucun inconvénient de ce régime.

En lisant attentivement ce qui précède, on voit quelle réserve il faut apporter dans l'appréciation des moyens thérapeutiques mis en usage dans la névralgie trifaciale. Quelques personnes se plaindront peut-être de ce que je ne me suis pas prononcé d'une manière plus positive sur plusieurs points qui m'ont paru encore en litige; mais, je le demande, valait-il mieux, à l'exemple de J. Frank, prendre la longue liste des médicaments qui ont été administrés, et les présenter au lecteur comme autant de moyens plus ou moins efficaces, sans rechercher si les assertions des auteurs étaient réellement fondées sur les faits? J'avoue que je ne puis comprendre l'utilité de pareils articles de thérapeutique. Ceux qui désireront avoir une nomenclature presque complète des remèdes opposés à la névralgie faciale n'auront qu'à recourir à l'auteur que je viens de citer (1); mais je dois les prévenir qu'ils n'y trouveront point un guide pour les diriger dans le traitement de cette maladie. Il est, en effet, impossible de savoir auquel de ces nombreux moyens on doit accorder la préférence.

§ II. Moyens prophylactiques.

D'après ce qui a été dit plus haut sur les causes de la névralgie trifaciale, les seuls moyens propres à se garantir de cette affection, sont de préserver la tête et la face de l'action d'un froid prolongé; ce sont surtout les per-

(1) *Loc. citat.*: part. secund., vol. III, p. 191, et seq.

sonnes qui ont éprouvé une première attaque de névralgie, qui doivent prendre soigneusement ces précautions. Pour le prouver, il me suffira de rappeler que dans les cas où la maladie se reproduisait avec la plus grande facilité, ses retours avaient presque toujours lieu pendant l'hiver et lorsque les malades avaient été exposés à l'action prolongée du froid. Ce que j'ai dit à l'occasion de l'influence des saisons vient encore à l'appui de cette proposition.

Mais c'est surtout pendant la nuit, que les sujets guéris d'une première attaque de névralgie trifaciale devront redoubler de soins pour se préserver du froid.

On a indiqué plusieurs autres moyens de se garantir de cette maladie; mais ils sont fondés sur la théorie plutôt que sur l'observation; je les passerai sous silence.

§ III. Traitement en général.

Ce que je vais dire ne peut être que le résumé des divers détails présentés plus haut. Il serait donc facile au lecteur de remonter à ces sources, et d'établir lui-même le traitement général de la névralgie faciale; mais je pense qu'il ne sera pas inutile de disposer, dans un seul tableau, les divers moyens employés avec leur degré d'efficacité, de manière à ce qu'on puisse les comparer d'un seul coup d'œil.

Le sulfate de quinine est, de l'avis de tout le monde, le premier moyen auquel on doive avoir recours dès qu'on peut supposer l'existence de la périodicité; et comme le retour régulier des accès est le seul caractère qui puisse guider le praticien, on ne devra point attendre qu'il se manifeste d'autres symptômes fébriles. Le succès

ou l'insuccès pourra seul éclairer le médecin sur l'exactitude du diagnostic.

Dans tous les cas où il n'y aura pas une périodicité bien tranchée, ou bien lorsque le sulfate de quinine aura été administré inutilement pendant quatre ou cinq jours, on aura recours aux moyens suivants.

L'électro-puncture, pratiquée suivant les préceptes de M. Magendie, a besoin d'être expérimentée de nouveau; on peut le faire sans inconvénient, car ce moyen n'a aucun danger; il est simple, quoique douloureux, et dans les cas où il a agi avec succès, son action a été prompte et marquée.

L'emploi des pilules de Méglin a été quelquefois suivi d'une guérison assez rapide. On pourra donc les mettre en usage avec espoir de succès. Mais il faudra avoir soin, ainsi que je l'ai dit, d'élever rapidement la dose. Quant à continuer le médicament long-temps après la disparition des douleurs, il n'est nullement démontré que cette précaution soit nécessaire.

La résection du nerf a eu un succès si marqué dans les cas cités par M. A. Bérard, qu'on pourra y avoir recours, mais seulement lorsque les moyens plus doux n'auront eu aucun avantage.

La cautérisation à la manière d'André, adoptée par Boyer, devra être regardée comme un remède encore plus extrême que le précédent. J'en ai plus haut fait connaître les inconvénients en même temps que les avantages. Qu'on n'oublie pas que si la cautérisation n'est pas aussi profonde que le veut André, et si on n'entretient pas la suppuration aussi long-temps qu'il le recommande, on ne saurait, comme on a voulu le faire

quelquefois, accuser le traitement de l'insuccès qui l'aurait suivi.

La cautérisation transcurrente a sans doute beaucoup moins d'inconvénients, mais elle est extrêmement effrayante, et les malades s'y soumettent avec beaucoup de difficulté. Attendons pour nous prononcer définitivement sur sa valeur, que des observations détaillées viennent nous éclairer suffisamment.

Il est fâcheux que le *vésicatoire* n'ait pas été appliqué plus souvent d'une manière convenable. On a vu que l'emploi du vésicatoires pansés avec la morphine, le datura-stramonium, ou même avec la pommade épispastique, a été suivi de succès; mais je l'ai déjà dit, quelle est la part du vésicatoire et quelle est celle du médicament? Qu'on ne croie pas du reste que c'est là une question de peu d'importance; car l'application d'une substance médicamenteuse sur la peau dénudée de son épiderme, chez les sujets affectés de névralgie, est souvent extrêmement douloureuse et même insupportable. Dans les cas où j'ai pu disséminer des *vésicatoires volants* sur les points douloureux, les résultats ont été des plus satisfaisants; et l'on verra, dans l'histoire des autres névralgies, que cette médication compte de nombreux et d'incontestables succès. Aussi, ce moyen est-il celui que j'emploie de préférence, et que je crois devoir le plus particulièrement conseiller. C'est toujours par lui qu'il faudrait commencer, si l'on ne trouvait pas d'opposition de la part des malades.

Quant au *sous-carbonate de fer*, il est impossible, comme on l'a vu, de ne pas conserver les plus grands doutes sur son efficacité.

Les sangsues et les émissions sanguines doivent être

bannies du traitement de la névralgie trifaciale, à moins de circonstances toutes particulières qu'il n'est pas possible de prévoir d'après les observations que je possède.

Il est inutile de dire que les malades devront se garantir soigneusement du froid. Des boissons adoucissantes, ou légèrement sudorifiques, et un régime léger, sans être sévère, compléteront le traitement.

Quant aux accidents légers qui peuvent être déterminés par l'administration de quelques uns des médicaments précédents, ils ne doivent inspirer aucune inquiétude.

CHAPITRE DEUXIÈME.

NÉVRALGIE CERVICO-OCCIPITALE.

—

ART. 1er. — CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Avant ces derniers temps, quelques auteurs avaient soupçonné l'existence de cette affection; André (1) lui-même en a cité un exemple remarquable dans une observation que je présenterai plus loin; mais personne ne l'avait aussi positivement signalée que M. le professeur Bérard. On peut voir dans son article que j'ai déjà cité (2), quelles raisons l'ont porté à admettre cette nouvelle névralgie, à laquelle il a conservé le nom de tic douloureux. J'ai, dans ces dernières années, eu occasion d'observer plusieurs cas dans lesquels les choses se sont évidemment passées comme le pensait M. Bérard. De plus, j'ai vu, dans un certain nombre de névralgies trifaciales, les douleurs tantôt envahir les nerfs occipitaux et cervicaux superficiels, tantôt, au contraire, s'élancer de ces derniers pour aller se porter jusque dans les branches de la cinquième paire. Enfin, j'ai rassemblé quelques observations prises dans les auteurs, et qui sont évidemment des névralgies dont le siége est dans les nerfs cervicaux superficiels. Ce sont ces observations que j'ai réunies dans le chapitre qu'on va lire.

Je n'ai pas pu, on le comprendra facilement, rassem-

(1) *Loc. cit.*, pag. 354, observ. III.
(2) Voy. pag. 161 et suiv.

bler un assez grand nombre de faits bien détaillés pour me livrer à une analyse semblable à celle qui sert de base à l'histoire des névralgies trifaciale et fémoro-poplitée. Mais en présentant la plupart des observations que je possède, et en faisant connaître ce qu'elles ont de plus important dans des considérations générales, j'aurai, je pense, assez fait pour l'histoire d'une névralgie si peu connue et si digne d'attirer l'attention des observateurs.

Pour rester fidèle à la marche que j'ai suivie jusqu'à présent, et pour mieux établir le siége de la maladie, je présenterai d'abord quelques considérations anatomiques.

Art. II.—Considérations anatomiques.

A la partie supérieure et postérieure du cou, on trouve plusieurs nerfs qui ont une destination à peu près commune; ils sont fournis par les quatre premières paires cervicales. Comme tous les nerfs spinaux, ces quatre paires ont une branche antérieure et une branche postérieure; celle-ci nous intéresse au plus haut point, parce qu'elle fournit la branche superficielle la plus importante sous le point de vue qui nous occupe.

Les quatre branches postérieures se portent, en traversant les muscles, vers la face profonde de la peau, où elles envoient de nombreux rameaux; les anastomoses entre ces rameaux sont nombreuses, et les principales d'entre elles forment le plexus connu sous le nom de plexus cervical postérieur. On voit donc que toute la partie voisine de la colonne vertébrale, dans la hauteur des quatre premières vertèbres, est occupée par des filets nerveux dont les extrémités sont superficielles. Mais au milieu de ces branches, il en est une qu'il importe

de distinguer, c'est celle qui appartient à la seconde paire cervicale. Vers la partie supérieure du cou, ce rameau, beaucoup plus volumineux que les autres, traverse le grand complexus pour devenir sous-cutané; puis, s'accolant à l'artère occipitale, il se dirige de bas en haut, et s'épanouit en un nombre considérable de branches divergentes qui couvrent la région occipitale, et peuvent être suivies jusqu'à la région pariétale. Ce nerf est désigné par Arnold sous le nom de *grand nerf occipital*.

Telles sont les seules considérations que j'aie à présenter sur les branches postérieures des quatre premières paires cervicales. En les résumant, on voit: d'une part, un nombre considérable de filets nerveux, occupant dans une assez grande étendue, la peau de la partie postérieure et supérieure du cou; et de l'autre, un nerf considérable qui, après avoir percé les parties profondes, un peu en dehors de la colonne vertébrale, devient sous-cutané, et va porter ses derniers filets jusqu'à la bosse pariétale.

Parmi les rameaux fournis par les branches antérieures, les plus remarquables appartiennent au plexus cervical superficiel. Je signalerai principalement les suivantes: 1° *la branche cervicale superficielle*; formée par une anastomose de la deuxième et de la troisième paire cervicale, elle sort du plexus à la partie moyenne du cou, sous le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et marche ensuite entre la peau et le peaucier pour gagner, d'une part, la partie antérieure et supérieure du cou, et de l'autre, la partie inférieure de la joue. 2° *la branche auriculaire*; elle naît également de la deuxième et de la troisième paire cervicale, contourne aussi le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et fournit des

filets, d'une part, à la face et à la glande parotide, et de l'autre, à la partie postérieure de l'oreille. 3° *la branche mastoïdienne* ou *occipitale externe*, nommée par Arnold *petit nerf occipital*; devenue superficielle vers le bord du muscle sterno-cléido-mastoïdien, cette branche, qui est essentiellement cutanée, se porte verticalement en haut et parallèlement au grand nerf occipital, sur les régions occipitale et pariétale : elle peut être suivie jusqu'au bord antérieur du pariétal. 4° *les branches sus-claviculaires*, parmi lesquelles il faut distinguer les rameaux *sus-acromiens* et *sus-claviculaires*, qui couvrent de leurs filets le triangle sus-claviculaire.

Telle est la disposition générale des nerfs sous-cutanés, fournis par le plexus cervical antérieur. Les points les plus remarquables existent : au lieu d'émergence de plusieurs rameaux considérables vers la partie moyenne du cou et le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; dans la partie supérieure et latérale du cou, sur l'apophyse mastoïde et la surface interne et postérieure du pavillon de l'oreille ; enfin, auprès de la bosse pariétale.

En résumé, nous trouvons six points principaux. Deux d'émergence : le premier au-dessous de l'occiput, un peu en dehors des premières vertèbres ; il appartient au plexus cervical postérieur ; le second, un peu au-dessus de la partie moyenne du cou et vers le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; il appartient au plexus cervical antérieur. Quatre d'arrivée et de distribution : le premier dans la peau qui recouvre les parties voisines des trois premières vertèbres cervicales ; le second, à la partie supérieure et antérieure du cou ; le troisième, sur l'apophyse mastoïde et sur la conque de l'oreille ; et le quatrième, vers la bosse pariétale et un

peu au-delà. Ce dernier est commun au plexus cervical postérieur qui lui envoie le grand nerf occipital, et au plexus cervical antérieur qui lui donne la branche mastoïdienne (*nerf petit occipital.*)

Les nerfs dont je viens d'indiquer la distribution, fournissent des rameaux si nombreux, qu'ils couvrent presque toute la surface des régions où ils se rendent. On ne doit donc pas s'attendre à trouver, dans la névralgie cervico-occipitale, des points douloureux aussi bien circonscrits que dans les affections de la même espèce ayant leur siége dans des nerfs moins épanouis.

Je passe maintenant à l'exposition des faits particuliers.

Art. III. — Faits particuliers.

Parmi les observations que je vais présenter, il en est deux dans lesquelles le siége de la maladie est resté à à peu près borné aux branches du plexus cervical. Ce sont celles que je citerai les premières comme plus propres à donner une idée exacte de la maladie. Je commencerai par un cas remarquable que j'ai pu suivre avec attention à l'hôpital Beaujon, et dont les détails ont été recueillis par M. Cossy, élève très distingué des hôpitaux de Paris.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-occipitale parfois étendue à quelques rameaux du plexus brachial.

Élisabeth M..., âgée de 46 ans, fille publique, se disant couturière, est entrée à l'hôpital Beaujon le 9 mai 1840.

Cette femme dit être malade depuis le milieu de janvier 1840, où elle fut prise pour la première fois de dou-

leurs dans la moitié droite du cou, la région auriculo-occipitale droite et le bras du même côté. Ces douleurs se faisaient sentir continuellement, mais par moments elles s'exaspéraient et devenaient lancinantes. Elles persistèrent de la sorte, avec des alternatives de mieux et de plus mal, jusqu'au milieu du mois d'avril; alors, outre celles-ci, la malade commença à en ressentir d'autres parfaitement semblables dans la moitié droite du thorax, s'étendant du rachis au-dessous du sein droit; de plus, il survint, des élancements très douloureux dans l'oreille droite, pour lesquels elle fit vainement des injections d'huile d'olive. Elle ne s'alita point, et continua à manger avec assez d'appétit. Enfin, fatiguée par ses souffrances, elle entra à l'hôpital le 9 mai, sans avoir fait d'autre traitement que l'application de 25 sangsues à l'anus quelques jours avant son entrée, application qui procura une amélioration marquée, mais de courte durée, dans les douleurs de la tête.

La malade dit ne savoir à quoi attribuer sa maladie. Sa nourriture était assez bonne; sa chambre, peu éclairée, était tellement humide, que le papier se décollait. Elle couchait auprès du mur, vers lequel elle avait le côté gauche du corps tourné.

Les règles ont tout-à-fait cessé de paraître depuis deux ans; auparavant, elles étaient depuis plusieurs années fort irrégulières, soit pour leur retour, soit pour leur quantité, qui souvent était très minime. La durée de l'époque menstruelle variait de un à trois jours.

Etat actuel. Le 10 *mai.* — Taille ordinaire; bonne constitution; embonpoint notable; chairs peu fermes; cheveux et sourcils châtains; yeux bruns; peau fine.

Face médiocrement colorée, avec une certaine expression d'anxiété. — Les douleurs dans tout le côté droit de la poitrine ont cessé depuis trois jours; elles persistent dans les autres points. A droite, la pression détermine une douleur très vive sur le tragus et la partie inférieure de l'hélix, peu

vive dans toute la région occipitale, sans point bien déterminé. — Le long des apophyses épineuses vertébrales, depuis les attaches supérieures du trapèze jusqu'au niveau du premier espace intercostal, du côté droit, la pression est douloureuse; elle l'est moins dans la moitié supérieure du bord externe du trapèze, sur le moignon de l'épaule, et un peu au-devant de l'extrémité antérieure de l'épine du scapulum, où il existe un point douloureux qui n'a pas 3 centimètres de diamètre. On en trouve un encore plus limité sur l'acromion. — Dans toute l'étendue du membre supérieur droit, il n'y a que deux points douloureux à la pression. Ils peuvent être recouverts avec la pulpe du doigt; l'un est situé à la partie moyenne du bord interne du biceps, l'autre au milieu du bord externe du triceps. Dans ce moment, il n'existe dans le bras qu'un sentiment d'engourdissement et de froid. Dans les points douloureux à la pression, la malade éprouve une douleur spontanée sourde, à laquelle viennent se joindre des élancements fréquents et très violents, dont elle ne précise point le trajet.

Voies respiratoires et circulatoires à l'état normal. — Langue naturelle; appétit conservé; soif nulle; selles régulières; ventre indolent. — Chaleur médiocrement élevée; pouls à 80, régulier, peu développé. (*Till. or.; vésicat. volant à la nuque*; 1/4.)

11 *mai*. — Insomnie presque toute la nuit, occasionnée par des douleurs dont le siége principal était l'intérieur de l'oreille et son pavillon; en même temps quelques élancements, partis de l'angle de la mâchoire, se portaient vers la joue. Dans ce moment, la malade se trouve mieux; la pression n'est douloureuse que dans l'attache supérieure du trapèze et dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessus de ce point.

12 *mai*. — Depuis hier, les douleurs ont beaucoup perdu de leur intensité; la douleur à la pression est la même. Bouche amère; langue médiocrement humide avec un enduit

jaunâtre; quelques nausées; inappétence. Pas de selles depuis deux jours. Peau un peu chaude; pouls à 96, régulier. (*Limon.* 2 *p.; tartre stibié*, 0,05 *gram.*, *dans un verre d'eau; diète.*)

13 *mai.* — Après l'ingestion du tartre stibié, plusieurs vomissements verdâtres et amers. Actuellement, la malade se trouve soulagée; les nausées et l'amertume de la bouche n'existent plus.

Peu de douleurs; il n'y a eu que quelques élancements dans la région pariétale droite. (*Même prescrip. moins le tartre stibié.*)

14 *mai.* — Hier, dans la journée, les douleurs ont presque entièrement disparu dans le côté droit de la tête et du cou, il n'y restait qu'un peu de roideur. Dans la nuit, la malade a été réveillée par des élancements fréquents et très douloureux dont les uns occupaient la région pariétale gauche, et les autres partaient de la partie supérieure gauche du cou, se dirigeaient en avant, et allaient se perdre dans le sourcil gauche. Dans ce moment, quelques élancements persistent, et dans leurs intervalles, il existe une douleur sourde. — La pression est excessivement douloureuse dans l'étendue de 0,03^{m} sur la bosse pariétale gauche, et, dans une étendue un peu moindre sur l'apophyse mastoïde du même côté. Il y a aussi un point douloureux à la pression, mais moins marqué que les précédents, à la réunion de la clavicule avec l'acromion du côté gauche. A droite, nulle douleur, soit spontanée, soit à la pression dans les parties primitivement affectées.

Appétit revenu, langue nette, humide; hier, une selle naturelle. Peau médiocrement chaude; pouls à 84, régulier, assez plein. (*Lim.* 2 *p.; vésicat. vol. au côté gauche de la nuq.* — 1/8.)

Du 15 *au* 16 *mai.*—Aucun changement dans le siége et le caractère des douleurs; leur intensité est moindre; cependant elles occasionnent encore de l'insomnie.

17 *mai.* — Cette nuit, la malade a ressenti, dans le côté gauche de la poitrine, des douleurs lancinantes qui se dirigeaient d'arrière en avant; elles persistent encore actuellement. La pression révèle l'existence de trois points douloureux dans le sixième espace intercostal gauche : l'un situé à 2 cent. des apophyses épineuses du rachis; l'autre sur le trajet de la verticale abaissée du creux de l'aisselle, et le troisième près du sternum. Les douleurs de la tête sont les mêmes.

Appétit médiocre; une selle naturelle hier. Chaleur de la peau naturelle. Pouls à 86, régul., dépressible. (*Lim.; 1 vésic. vol. sur chac. des trois points doul. de la poit.*; 1|8.)

18 *mai.* — Les douleurs intercostales sont presque entièrement dissipées; il ne reste que quelques élancements vagues et légers.

19 *mai.* — Dans la nuit, retour des douleurs vives dans la moitié droite de la région occipitale et de la région cervicale. Celles du côté gauche ont beaucoup diminué, mais persistent encore. Élancements douloureux dans les deux oreilles. — Douleurs intercostales totalement dissipées. —Sueurs abondantes le matin. —Le reste *id.* (*Lim.; vésicat. vol. derr. et dessous chaq. angle de la mâch.;* 1/8.)

Du 20 *mai au* 2 *juin.* —La douleur est restée la même dans les premiers jours, et de plus la malade a éprouvé quelques tiraillements vagues et fugitifs dans les genoux. La bosse pariétale était très douloureuse à la pression. Les huit derniers jours ont été marqués par des symptômes de dysenterie, pendant la durée desquels les douleurs névralgiques ont beaucoup diminué et d'intensité et d'étendue. Les symptômes intestinaux ont presque entièrement disparu, il ne reste qu'un peu de dévoiement et de faiblesse. Le 2 *juin*, on constate l'existence d'un point douloureux à la pression sur le bord externe du trapèze, un peu au-dessous du niveau de l'angle de la mâchoire. (*Sol. sir. gom.; pot. gom.; ext. gom. d'op.* 0,05 *gr.*; *vésic. vol. loc. dol.*; 2 *bouill.*)

Du 3 au 9 juin. — Les douleurs ont été rares et peu vives; elles se sont montrées également à droite et à gauche. (*La prescription n'a pas changé; pas de nouveau vésicatoire.*)

9 *juin.* — Douleurs lancinantes dans la moitié gauche du cou. La pression fait reconnaître un point douloureux, qu'on peut recouvrir avec la pulpe du pouce, sur la partie moyenne du bord antérieur du trapèze gauche. Dans la nuit, quelques élancements dans l'oreille du même côté. (*Même prescription; plus* 1 *vésicatoire volant de* 2 *centimètres de diamètre sur le point douloureux.*)

Du 9 *au* 26 *juin.* —Les douleurs ont été peu vives, et se sont portées à plusieurs reprises d'un côté à l'autre de la tête, sans présenter rien de particulier.

26 *juin.* — Depuis ce matin, élancements très vifs derrière l'oreille droite et dans son pavillon.— Point douloureux à la pression, ayant une étendue de plus de 2 cent. sur l'apophyse mastoïde droite; la pression est également douloureuse sur le pavillon de l'oreille; elle l'est à un très faible degré, et sans point déterminé, sur toute la moitié droite de la région occipitale. Depuis hier, il existe de la douleur à la partie postérieure du sixième espace intercostal gauche; la pression y est douloureuse, et ne l'est pas dans les points latéral et antérieur.

La malade éprouve des bouffées de chaleur vers la tête, de l'impatience et un sentiment de malaise à l'épigastre. Langue un peu blanchâtre, assez humide. — Peau chaude et moite. Pouls à 90, rég., assez plein. (*Sol. sir. gom.* 2 *p.; pot. gom.; avec op.* 0,05 *gr.; vésicat. vol. sur l'apoph. mast. droite;* 2 *soupes.*)

Du 27 *juin au* 15 *juillet.* —Les douleurs ont continué à voyager du côté droit au côté gauche de la tête et du cou, dans les parties indiquées plus haut. La névralgie intercostale a reparu pendant quelques jours avec ses trois points douloureux à la pression. Enfin la malade est sortie de l'hô-

pital le 15 *juillet*, moins souffrante que lorsqu'elle y est entrée, mais non guérie.

Cette névralgie, malgré sa marche si capricieuse et son passage fréquent d'un point dans un autre, a affecté une prédilection bien marquée pour la région occipitale et la partie postérieure du cou, surtout du côté droit. Les douleurs, au lieu d'avoir de la tendance à se porter vers la partie antérieure du crâne, comme on le verra dans les cas suivants, envahissaient de loin en loin l'épaule, et principalement l'épaule droite; une fois même elles descendirent jusqu'au bras. Dans ces moments, la névralgie s'étendait à quelques unes des branches provenant des dernières paires cervicales, ce qui s'explique très bien par la tendance qu'a cette affection à se propager aux nerfs voisins. Mais, je le répète, c'était dans les nerfs occipital, mastoïdien, auriculaire, qu'était le siége principal de la maladie. La description des points douloureux, et surtout la constatation de ces points par la pression, ne sauraient laisser le moindre doute à cet égard.

Ainsi donc, voilà une névralgie cervico-occipitale bien prononcée, bien tranchée. On ne pourrait la confondre avec une névralgie du nerf facial, puisque les principaux points occupés par ce nerf ont presque toujours été exempts de douleur. Cependant, plusieurs fois, la douleur lancinante s'est rendue jusque dans le sourcil correspondant, et c'est là précisément ce qui établit une transition naturelle entre ce fait, dans lequel le siége de l'affection ne peut être méconnu, et ceux où le point de départ des douleurs derrière l'oreille, et leur arrivée dans tout un côté de la face, ont fait croire à tort aux auteurs que les divisions du nerf facial étaient réellement

affectées. Ici, la névralgie était habituellement circonscrite dans les branches du plexus cervical; ce n'est qu'accidentellement qu'elle s'étendait soit au bras, soit à la face, et cette extension accidentelle n'a évidemment pas plus d'importance dans une de ces parties que dans l'autre.

Les points douloureux les plus remarquables étaient: 1° celui qu'on trouvait un peu en dehors de la première vertèbre cervicale; 2° celui qui existait au cou à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du bord externe du trapèze; et 3° celui que la pression faisait découvrir un peu au-dessus de la bosse pariétale. Quoique les deux premiers aient été quelquefois bien circonscrits, on les trouvait souvent assez larges, et même, pour ainsi dire, confondus entre eux, de manière que presque toute la partie supérieure et postérieure de l'un des côtés du cou était occupée par une douleur plus ou moins forte, mais toujours plus marquée dans les points indiqués. Les larges communications qu'ont entre elles les branches du plexus cervical expliquent très bien comment le point douloureux sous-occipital était parfois moins bien circonscrit que ne le sont habituellement les points névralgiques.

J'ai beaucoup insisté, dans le traitement de cette affection, sur le vésicatoire volant. Plusieurs motifs m'engageaient à ne pas abandonner rop promptement ce moyen thérapeutique, qui, dans les autres névralgies, et surtout dans les névralgies intercostale et sciatique, compte des succès si remarquables. 1° On a dû voir que si l'emploi des vésicatoires volants multipliés n'a pas entièrement guéri la maladie, chaque nouvelle application de l'emplâtre vésicant procurait une

amélioration notable; 2° la névralgie intercostale fut rapidement enlevée par trois vésicatoires, et il y avait lieu d'espérer que la névralgie cervico-occipitale se dissiperait de même; 3° enfin, dans le traitement d'une maladie encore peu connue et pour laquelle presque tout est à faire, on ne saurait passer rapidement d'un moyen thérapeutique à l'autre, de manière à ne plus pouvoir en distinguer les véritables effets.

La malade a été soulagée, mais non guérie. Un autre moyen eût-il mieux réussi ? c'est ce qu'il n'est pas possible de dire; mais on ne saurait s'empêcher d'avoir quelques doutes sur l'efficacité qu'auraient pu avoir d'autres remèdes. Il s'agissait, en effet, chez cette femme, d'une de ces névralgies mobiles, capricieuses, sujettes aux plus fréquentes récidives, dont on a la plus grande peine à triompher, parce qu'on ne peut pas les saisir, et que fuyant pour ainsi dire devant le remède, elles vont se réfugier ailleurs, pour revenir dans leur siége primitif, lorsqu'on les poursuit dans le nouveau.

Après ce fait, la cinquième observation d'André, dans laquelle les choses se sont passées à peu près de la même manière, va trouver naturellement sa place.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-occipitale soulagée par l'emploi de la cautérisation profonde.

M. ***, prêtre, attaqué depuis long-temps d'un tic douloureux, apprit par la renommée les nouvelles opérations que je venais de pratiquer avec un succès authentique. Il ne tarda pas à se rendre à Versailles sous mes yeux, pour y

chercher le même avantage que les autres malades y avaient trouvé.

La maladie était d'une nature bien différente (de celle des cas précédents, qui sont tous des exemples de névralgie tri-faciale), aussi eus-je à la combattre par des routes toutes nouvelles. Ses douleurs et ses convulsions occupaient la tête, le col et les épaules, qui semblaient être confondus et ne faire qu'une masse informe et sans articulation; il ne pouvait désigner un point fixe à la douleur, tant elle était universellement répandue dans toute la tête et le col. Tantôt il criait, avec des gémissements horribles, qu'on lui arrachait le crâne avec barbarie; tantôt il se plaignait d'avoir dans sa tête des forges et des soufflets en travail; quelquefois il conjurait de lui enlever le poids accablant qui l'opprimait, et qu'il comparait à des meules de moulin.

Des symptômes aussi vagues et aussi indéterminés me tinrent long-temps en balance, je ne cachais point mon doute au malade, et mon prognostic ne fut pas plus avantageux auprès des personnes qui s'intéressaient à lui; le malade avec un courage intrépide en redoubla ses instances avec plus de force. Rendu à ses importunités, je cherchai dans son mal un point fixe, qui pût me servir de guide. Mes recherches ne furent pas vaines; je crus entrevoir que dans l'accès périodique du tic douloureux, la nuque du col était la première partie qui entrait en convulsion, qui de là se communiquait aux oreilles, et s'étendait sur les pariétaux par des secousses violentes et irrégulières.

Le malade lui-même portait forcément la main sur l'occipital; fondé sur ces petites découvertes, je lui exposai mon projet sans l'assurer de pouvoir le guérir radicalement, car la branche du nerf affecté était hors de toute recherche, et je ne pouvais atteindre qu'à quelques uns de ses rameaux; c'était donc plutôt une tentative qu'une opération infaillible, tentative autorisée en chirurgie, et qui ne dépendait que du plus ou moins, puisque, en général, ce n'était qu'un cautère

qui ne pouvait produire qu'un mal passager pour en calmer un continuel. Pour exécuter donc mon dessein, je fis une entamure profonde avec le cautère potentiel à la partie moyenne de l'occipital. Si ce n'était pas là un lieu qu'un sentiment réfléchi désignât spécialement au malade, au moins était-ce celui que la pure nature semblait lui marquer d'une manière privilégiée, en lui faisant porter toujours la main sur le même endroit, endroit où il se souvenait d'avoir reçu un coup très sensible et très violent, avant d'avoir été attaqué de son tic convulsif.

De plus, en choisissant cette partie, j'évitais plusieurs inconvénients, tels que la rencontre des muscles et de leurs attaches, ou celle de quelques vaisseaux considérables; j'espérais aussi attaquer et détruire, dans leur trajet ou au moins dans leurs distributions, quelques branches du nerf de la neuvième et dixième paires, mais je comptais davantage sur la détente du péricrâne et sur les suppurations qui en devaient exsuder.

Je donnai à l'entamure une figure triangulaire, je la pansai avec des petits bourdonnets qui remplissaient exactement les tranchées que j'étais obligé de faire dans l'escarre, pour faire du chemin en profondeur; enfin, je mis en usage les moyens que j'avais employés dans les traitements précédents. En peu de jours, l'os fut à découvert de la largeur d'un bon travers de doigt; je le touchai plusieurs fois d'eau mercurielle, sans pouvoir lui procurer aucune altération sensible, par conséquent d'exfoliation : la suppuration s'établit assez abondante, et elle procura au malade un calme si parfait, qu'il résolut de s'en retourner. Je le lui permis avec plaisir, et sous deux conditions : la première, qu'il se ferait voir avant son départ aux personnes de l'art qui avaient vu les autres; la seconde, qu'il se ferait panser par des personnes qui entretiendraient sa plaie ouverte le plus long-temps qu'il serait possible. Il me le promit. Il partit très satisfait, et dans l'état le plus favorable, le vingt-cinq ou le vingt-sixième

jour de l'opération ; mais, malgré mes conseils, la plaie se refermait à vue d'œil, et je fus même obligé d'aller à Maurepas, où il était, pour la rouvrir, et dire à ceux qui la pansaient, d'éviter une si prompte réunion ; je les persuadai que la tranquillité dont jouissait le malade dépendait de la suppuration qui sortait de cette plaie ; que c'était l'unique moyen d'empêcher qu'il ne retombât dans les premiers accidents de sa maladie.

On voit par là que j'étais convaincu de la nécessité de la suppuration, que c'était à elle que j'attribuais le calme, plutôt qu'à la lésion du nerf qui n'était pas accessible ; aussi le mal reparut dès qu'elle fut supprimée, et que la cicatrisation de la plaie fut faite, suite du peu d'intelligence ou d'exactitude de ceux qui s'étaient chargés de la panser. On peut conclure de là des avantages que l'on pourrait retirer de l'application des cautères dans une infinité de maladies, et surtout dans celles de cette espèce.

La douleur se réveilla donc dès que la plaie fut fermée ; mais elle changea de place, et se fixa sur la partie extérieure et postérieure du temporal, précisément sur l'apophyse mastoïde. Ce siége était distinct, ne variait point, quoique le reste de la tête ressentît aussi quelques mouvements par intervalles.

Cette douleur confirmée lui fit quitter son village pour revenir à Versailles. Sur ces nouveaux signes et à sa sollicitation, je crus pouvoir hasarder une nouvelle opération. La branche du nerf qui sort du trou stylo-mastoïdien m'offrait une seconde route, et qui paraissait être un lieu de nécessité ; c'était donc là la place que je devais attaquer, puisque c'était celle que le malade désignait. Mon projet bien décidé, je fis avec le caustique, et à l'ordinaire, une entamure à la partie supérieure de l'apophyse mastoïde, allant par une ligne oblique du temporal à l'occipital ; avec cette manœuvre, soutenue de mes pansements accoutumés, je parvins en peu de temps à découvrir la portion de cet os que je mis à nu

dans une certaine étendue. La douleur inséparable de cette opération s'étant dissipée, et l'inflammation causée par l'application des caustiques s'étant ralentie, la suppuration s'établit assez abondamment, et le malade fut sensiblement soulagé; mais pas autant que je l'avais désiré et que je l'avais conçu. Après des soins inutiles et multipliés, je fus contraint d'abandonner le malade, mieux, mais moins bien que la première fois.

J'avouerai ingénument ma faute; car si, attribuant, moins que je ne le devais en ce cas particulier, cette cure à la section du nerf, j'eusse mis le feu à la plaie, si je l'eusse long-temps laissée suppurante et fistuleuse, et si j'eusse procuré une altération à l'os, capable d'y produire une exfoliation; enfin si je me fusse opiniâtré à convaincre mon malade de cette vérité qui lui paraissait dure et dégoûtante, je suis persuadé que j'aurais eu un succès, sinon parfait, au moins plus grand et plus long que ne fut celui-ci.

M. *** s'en retourna à Paris peu après; il y a rempli pendant long-temps tous les devoirs et les fonctions de son ministère; consolation et faculté qu'il n'avait pas depuis nombre d'années.

Cette observation est, sans contredit, une des plus remarquables parmi celles de névralgie cervico-occipitale, et il est bien extraordinaire que les auteurs qui se sont occupés des névralgies, ne lui aient pas accordé plus d'attention. Le siége de la douleur, fixé avec autant de précision que pouvaient le permettre les moyens d'exploration employés par l'auteur, se trouve évidemment dans les nerfs émanés des branches postérieures et antérieures des trois premières paires cervicales. Le malade, il est vrai, désignait d'abord toute la tête et le cou, comme étant occupés par la douleur; mais un examen plus attentif, nécessité par le besoin de choisir un lieu

propre à l'opération, fit reconnaître à André que, dans l'accès, la convulsion commençait par la nuque et s'étendait sur les pariétaux. Le malade lui-même portait la main sur l'occipital, et l'absence des symptômes propres au tic douloureux dut achever d'éclairer André sur le véritable siége du mal.

Le résultat de la première opération vient se joindre à toutes les considérations précédentes, pour prouver qu'André ne s'était point trompé. Mais il y eut une récidive, et, dans cette récidive, déplacement de la douleur, qui se porta sur l'apophyse mastoïde. Ici, le diagnostic d'André ne me paraît pas, à beaucoup près, aussi sûr. Il pensa que la branche du nerf qui sort par le trou stylo-mastoïdien était un lieu de nécessité pour l'opération, et par conséquent, que cette branche était le siége réel des douleurs. Mais observons 1° que le nerf facial n'envoie qu'un très faible rameau sur l'apophyse mastoïde et derrière l'oreille, où, au contraire, nous trouvons de nombreux filets émanés du plexus cervical; 2° que le nerf facial lui-même ne paraît pas avoir été douloureux à son point d'émergence, ce qui est contraire à une des lois les plus générales de la névralgie; enfin, que la face ne paraissait en aucune manière participer à la maladie. Il faudrait admettre, si on voulait placer le siége de l'affection dans une branche du nerf facial, que cette branche peu considérable et peu importante, a pu être isolément atteinte d'une névralgie des plus violentes, lorsque nous voyons dans tous les autres nerfs les branches les plus considérables, les plus importantes et les plus isolées anatomiquement, participer presque toujours aux névralgies de leurs voisines. Quiconque voudra réfléchir sur les détails de cette observation, et s'en rap-

porter moins aux apparences qu'à la réalité, reconnaîtra qu'il s'agissait ici d'une névralgie cervico-occipitale d'autant plus digne de remarque, qu'elle paraît s'être arrêtée aux terminaisons des nerfs occipital, mastoïdien et auriculaire, tandis que dans presque tous les autres cas, elle se portait avec la plus grande facilité jusque dans les dernières divisions des nerfs trijumeaux.

Je ne reviendrai pas sur les principaux symptômes observés chez ce malade; on a vu qu'ils n'avaient rien de particulier. Je ferai seulement remarquer combien leur description aurait gagné en précision, si l'auteur avait connu les points douloureux, et s'il les avait recherchés à l'aide de la pression. Je ne dis rien du traitement; j'en parlerai plus loin.

Dans les deux faits précédents, les douleurs n'ont guère dépassé, en avant, la bosse pariétale; mais il est fort rare que la névralgie cervico-occipitale reste ainsi circonscrite dans les limites des nerfs cervicaux. Le plus souvent, ainsi que je viens de le dire, elle gagne les nerfs sensibles de la face, et dès lors on ne peut la distinguer du véritable *tic douloureux*, que par le point de départ des douleurs et par leur intensité plus marquée dans ce point. Les observations suivantes vont nous fournir des exemples de cette forme, analogue à celle que nous avons observée dans la névralgie trifaciale, et dans laquelle les douleurs ayant leur siége principal, leur foyer, leur point de départ dans les branches du trijumeau, se portent en passant par-dessus la bosse pariétale, jusqu'à la partie postérieure et supérieure du cou, où elles viennent occuper le plexus cervical.

QUINZIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie cervico-occipitale envahissant le nerf trijumeau ; symptômes du tic douloureux.

La femme de J. Bechtel, vigneron de Colmar, âgée de 42 ans, d'une constitution sèche, d'un tempérament bilieux, est accouchée il y a dix-huit mois; elle a nourri son enfant pendant un an; depuis trois mois, les règles ont repris leur cours ordinaire. Un mois avant de sevrer son enfant, elle a pris des douleurs comme rhumatismales, qui se sont fixées d'abord sur la clavicule gauche, et transportées ensuite sur la clavicule droite; elles s'étaient toujours bornées à ces deux régions, sans s'étendre plus loin. Ayant souffert ainsi pendant un mois, cette femme a pris le parti de sevrer son enfant; elle attribuait son état de souffrance à un allaitement trop prolongé; elle espérait qu'en sevrant, elle éprouverait du soulagement. Mais, malgré cette mesure, les douleurs ont continué, comme par le passé, jusque il y a environ quatre semaines (mars 1814), qu'elles ont quitté leur premier siége pour se porter à la tête. Voici ce que la femme Bechtel éprouvait :

Les douleurs venaient par accès périodiques irréguliers; les attaques étaient subites comme un coup électrique, et elles cessaient de la même manière; dans l'intervalle des accès elle était parfaitement libre. Les douleurs étaient lancinantes, déchirantes, pulsatives, presque insoutenables; elles commençaient dans la première vertèbre cervicale, passaient par-dessus l'occiput et le vertex, se portaient sur l'os frontal, sur le nez, sur l'œil, la tempe et sur toute la partie gauche de la tête et de la face, de manière que les douleurs occupaient entièrement la moitié gauche de la tête, et que tout le côté droit demeurait libre et indolent. Pendant

(1) Extraite du Mémoire de Méglin, obs. x.

l'accès, qui durait une heure, et quelquefois plus, la malade éprouvait des trémoussements dans les parties musculaires affectées; l'œil devenait rouge et larmoyant. Le matin, les douleurs étaient plus supportables, mais elles devenaient de plus en plus fortes vers le soir; pendant la nuit, elles avaient le plus d'intensité, contre l'ordinaire de ce qui arrive dans le tic douloureux; les accès étaient alors si violents et si rapprochés, que cette malheureuse femme, en proie aux plus vives souffrances, ne pouvait reposer un instant...

Des sangsues, des vésicatoires, avaient été appliqués : on avait entretenu la suppuration de ces derniers pendant quelque temps, le tout sans succès. Ayant été consulté le 16 mars 1815, je prescrivis les pilules d'extrait de jusquiame noire, de racine de valériane sauvage et d'oxide de zinc sublimé, avec l'infusion de feuilles d'oranger et de fleurs de tilleul, à prendre immédiatement par-dessus ces pilules, le matin et le soir, en augmentant progressivement ces dernières de la manière accoutumée, et comme il est dit dans les observations précédentes. La malade ne put aller que jusqu'à dix pilules pour chaque dose, nombre auquel elle s'est arrêtée. Dans la première huitaine de l'usage de ces remèdes, elle éprouva déjà un grand soulagement; les accès diminuèrent beaucoup en nombre et en intensité : au bout de trois semaines, ils eurent entièrement disparu. La malade continua encore pendant quatre semaines ses remèdes pour consolider sa guérison. Depuis plus de neuf mois, elle n'a plus éprouvé la moindre atteinte de son mal. Cette femme sera probablement aussi heureuse que la plupart des sujets de mes observations précédentes, qui ont été soumis au même traitement, et qui, une fois guéris, n'ont plus éprouvé de rechutes.

Il est impossible de mieux préciser le trajet des élancements que ne l'a fait l'auteur de cette observation; et si la pression avait été exercée de manière à faire dé-

couvrir les points douloureux, on ne pourrait rien exiger de plus sur la détermination du siége de la maladie.

Peut-on douter que dans ce cas la douleur principale, celle qui était l'origine de toutes les autres, ne siégeât dans le nerf occipital? Son point de départ dans la première vertèbre cervicale, suivant l'auteur, et son passage par-dessus l'occiput et le vertex, ne sauraient être expliqués que par le siége de la névralgie dans la seule branche qui suit ce trajet, c'est-à-dire le grand nerf occipital; il n'y a point d'objection possible à cette proposition. Dans la face, il est vrai, on observait tous les symptômes du tic douloureux ordinaire; mais l'observation nous apprend positivement que ces symptômes ne se produisaient qu'après l'apparition préalable de la douleur derrière le cou; en sorte que, quelle que fût leur intensité et leur importance sous le rapport du traitement, ils n'en étaient pas moins le résultat d'une simple extension de la névralgie cervico-occipitale, de même, je le répète, que quelquefois les douleurs très violentes de la partie postérieure du cou sont dues à une simple extension de la névralgie trifaciale.

Si le malade s'était borné à indiquer la nuque, ou la partie postérieure de l'oreille comme le point de départ de la douleur lancinante, et les organes de la face comme leur aboutissant, on aurait pu croire à l'existence d'une névralgie faciale. Nous sommes autorisé à faire cette supposition, lorsque nous jetons un coup d'œil sur la grande majorité des observations de névralgie prétendue faciale, qui ne nous fournissent pas des indications plus précises.

Pour tout ce que les symptômes ont pu présenter d'important et pour l'appréciation du traitement, je ren-

voie à l'article où je présenterai des considérations générales sur l'affection qui nous occupe.

Une observation du même genre, et peut-être plus remarquable encore par la détermination du siége de la maladie, est due à Waton ; je vais la rapporter.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-occipitale gauche ; point de départ des douleurs bien déterminé.

M. de L..., capitaine, âgé pour lors d'une trentaine d'années, vif, vigoureux et replet, d'une humeur enjouée, d'une santé habituellement bonne, était malade depuis plus de dix-huit mois, quand j'eus occasion de le voir. J'examinai attentivement son état ; extrêmement défait, dans le dernier degré d'amaigrissement, à peine pouvait-il se tenir debout. Une toux sèche et continuelle le tourmentait beaucoup ; il avait de temps en temps des tiraillements si douloureux et si violents à toute la partie gauche de la tête, que l'œil et la bouche de ce côté entraient pour lors dans une contraction spasmodique, effroyable au premier aspect. Ces tiraillements partaient *de l'occiput, un peu au-dessus de la nuque, et entre elle et l'apophyse mastoïde*. Ce point douloureux avait présenté, dans le premier temps de la maladie, un gonflement pâteux très léger, qui avait bientôt entièrement disparu ; il était si sensible que l'on causait au malade les douleurs les plus cruelles pour peu qu'on y touchât, et soudain la crise se renouvelait. Ces instants une fois passés, il ne souffrait point de la tête ; mais son état était d'autant plus fâcheux, que le moindre mouvement du cou ou des mâchoires, un léger frottement, une attitude, un bruit inattendu, une chose quelconque qui l'affectât, suffisaient le plus souvent pour rappeler les paroxysmes. Leur durée était inégale (au plus 4 à 5 minutes), et assez ordinairement en

raison de la cause qui les avait produits; ceux qui survenaient spontanément, c'est-à-dire sans être déterminés par un agent extérieur, étaient généralement plus longs et plus violents; chaque accès commençait par un point de douleur plus ou moins aigu, vers l'occiput, à l'endroit ci-dessus désigné, et ce point dolorifique était constamment le même, d'où, comme de leur foyer, de leur centre commun, s'élançaient avec rapidité des rayons douloureux vers la bouche, l'œil et la joue gauche, et presque en même temps survenaient des convulsions aux muscles de ces parties. On avait, dès le commencement de la maladie, appliqué sur cet endroit des vésicatoires, plus bas un séton qui existait encore, ce qui avait d'abord procuré de légers soulagements; mais bientôt les accidents avaient repris une nouvelle intensité. La peau était sèche et brûlante, presque point de sommeil, sans cependant que les douleurs de tête se renouvelassent plus souvent la nuit; et le peu qu'il y en avait était à chaque instant interrompu par des crampes douloureuses.

Cette maladie qui, comme il a été dit, durait depuis dix-huit mois, avait commencé par de violentes douleurs de tête, qui revenaient par intervalles très rapprochés; celles-ci cédèrent et la poitrine fut affectée. Les forces cependant diminuaient sensiblement; l'estomac faisait mal ses fonctions; l'appétit n'était plus le même; une sombre tristesse s'emparait du malade. A six mois de là environ, en allant se coucher, il sentit subitement à l'endroit qui depuis est devenu le point central du tic, une douleur poignante des plus aiguës, qui d'abord reparut une fois ou deux par jour, puis plus souvent, augmentant graduellement d'intensité, ensuite accompagnée de mouvements convulsifs, plus ou moins violents. Elle parvint enfin, par accroissements insensibles et journaliers, au point où je la voyais. L'état inquiétant de la poitrine, l'insomnie, la susceptibilité nerveuse, s'étaient successivement développés. L'exténuation surtout était portée à un point singulier, parce que M. de L... n'osait prendre

des aliments solides, craignant avec raison que la mastication ne procurât quelques accès douloureux. Exactement informé de tout ce qu'on avait mis inutilement en usage (et que n'avait-on pas fait? les bains, le lait, l'opium, l'éther pris intérieurement, furent, entre autres, les principaux moyens sur lesquels on avait insisté), je crus devoir attribuer cette série d'accidents au virus vénérien : le malade ayant eu des symptômes de syphilis bien caractérisés, et pour lesquels il n'avait jamais voulu faire aucun traitement mercuriel.

J'ordonnai donc des frictions d'onguent mercuriel, qui se firent de deux jours l'un à la dose d'un 1/2 *gros*; la quatrième fut portée à 1 *gros*; et dès la septième friction, les accidents commencèrent à diminuer. A la douzième friction, on augmenta d'un 1/2 *gros*, et à la dix-neuvième, les accidents disparurent en entier. Des bains et un régime adoucissant furent employés concurremment. Bien qu'il n'existât plus aucun signe de maladie, on jugea convenable de faire continuer l'usage du mercure pendant quelque temps encore, et dès ce moment la dose fut portée à 2 *gros*. — Le traitement, qui dura près de deux mois et demi, eut un plein succès; la santé du malade se rétablit parfaitement, et au bout de neuf ans, l'affection n'avait pas reparu.

Dans cette observation, le point de départ des douleurs, leur *foyer*, leur *centre commun*, pour me servir des expressions de l'auteur, est déterminé d'une manière bien plus précise que dans l'observation précédente. Or, ce point *dolorifique* où les élancements prenaient toujours naissance dans les accès, « était situé à l'occiput, un peu au-dessus de la nuque, entre elle et l'apophyse mastoïde. » Peut-on penser que des douleurs, qui ont leur point de départ dans cette région, ont leur siége dans le nerf facial? C'est là pourtant un des faits qu'on

a cités comme des exemples incontestables de névralgie faciale.

Mais si le point de départ des douleurs lancinantes est bien nettement indiqué, il n'en est pas de même de leur trajet. On voit bien, dans l'observation, que la douleur partie de la nuque allait retentir dans la face où elle déterminait ces convulsions qu'on observe dans un assez grand nombre de cas de névralgie trifaciale; mais on ne peut savoir par où elle passait pour se porter à des points si éloignés de sa source. Il est plus que probable qu'elle suivait la route indiquée dans l'observation précédente, et que si on avait exploré les parties affectées à l'aide de la pression, on aurait trouvé un point douloureux vers la bosse pariétale, où l'élancement venait se faire sentir avant de se porter vers l'œil et le reste de la face. Mais n'en fût-il pas ainsi, on ne pourrait pas davantage admettre que la douleur lancinante suivait le trajet du nerf facial : ce qui a été dit de son point de départ, s'y oppose formellement. Il n'est pas d'ailleurs bien difficile de trouver des faits dans lesquels le trajet de la douleur n'est pas facile à indiquer, et où les élancements semblent se porter d'un point à un autre en traversant, en apparence, l'épaisseur des parties. Ainsi, à la poitrine, on voit quelquefois un élancement né dans le point vertébral, aller retentir, sans intermédiaire, dans le point sternal; dans la sciatique, la douleur peut franchir de grands espaces, sans que les intervalles paraissent douloureux, etc. En admettant même que les élancements ne se faisaient pas sentir sur la voûte du crâne, il n'en faudrait nullement conclure qu'ils ne prenaient pas cette route pour parvenir à la face. En résumé, on ne saurait, en aucune manière, trouver dans cette névral-

gie les caractères de la névralgie faciale, et tout se réunit, au contraire, pour lui mériter le nom de névralgie cervico-occipitale.

Le traitement a été tout spécial, et l'observateur paraît, au premier abord, avoir parfaitement saisi une indication positive. Mais, outre qu'un seul fait de ce genre n'a point de valeur réelle, remarquons qu'il n'est nullement prouvé que les frictions mercurielles ne puissent avoir d'action sur cette maladie, qu'en agissant contre le virus syphilitique. L'engorgement pâteux qui existait dans les premiers temps au point de départ des douleurs, pourrait faire admettre l'existence d'une tumeur gommeuse; mais cet engorgement paraît s'être dissipé avant l'emploi du mercure, et sans que l'intensité des douleurs, évidemment névralgiques, ait diminué le moins du monde. En l'absence de détails suffisants pour baser solidement notre opinion, nous devons rester dans le doute. En un mot, il n'est point impossible que les frictions mercurielles aient agi d'une manière *spécifique*, mais il n'est point démontré qu'il en soit ainsi.

Je passe maintenant à l'observation de Leydig, déjà citée par M. Bérard, mais d'une manière sommaire, comme le lui prescrivait la nature de son travail.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie cervico-occipitale violente, traitée d'abord sans succès, puis enlevée par le sulfate de quinine.

Jean Kreuser, artiste de l'Académie de musique de Mayence, âgé de 46 ans, d'une taille haute, d'une constitu-

(1) Recueillie par Leydig, et citée dans le mémoire d'Halliday, p. 55.

tion robuste, d'un caractère gai, était père de deux enfants adultes et bien portants. Lui-même, depuis son jeune âge, avait toujours joui de la meilleure santé jusques en 1793, où il fut affecté d'une violente douleur de tête. Cette douleur commençait à l'occiput, et s'étendait de là peu à peu vers les parties antérieures du crâne, jusqu'à ce qu'elle occupât tout le front. Elle était si violente que le malade, incapable de toute occupation, était forcé à chaque paroxysme, de se mettre au lit et d'y rester dans une parfaite immobilité. Les accès, qui, dans l'origine, revenaient toutes les trois ou quatre semaines, et presque toujours vers midi, se rapprochèrent au point de tourmenter le malade chaque jour et même deux fois dans les vingt-quatre heures, et avec une violence qui ne lui laissait pas la faculté de dire un mot, ni même d'ouvrir la bouche. Cette douleur dura ainsi pendant plusieurs années, et résista aux remèdes les plus efficaces. Le quinquina, le camphre, l'extrait d'aconit, furent administrés sans le moindre soulagement. L'usage interne du muriate de mercure semblait procurer quelque amélioration; mais on se vit obligé de s'en abstenir par l'invasion d'une fièvre intermittente qui régnait alors épidémiquement, et dont notre malade fut atteint. Il fallut de nouveau avoir recours au quinquina pour la combattre; et, chose remarquable, non seulement la fièvre fut guérie, mais avec elle disparut la douleur de tête, dont le malade fut un an sans éprouver la moindre atteinte.

Je ne citerai pas le reste de l'observation dans lequel Leydig rend compte d'une récidive très prononcée qui nécessita la section du nerf sous-orbitaire. Il ne s'agit plus, en effet, dans cette seconde attaque, d'une névralgie cervico-occipitale, mais bien d'une névralgie trifaciale. L'affection s'était portée d'un nerf dans un autre, comme on en voit des exemples assez fréquents.

Dans ce cas, la douleur suivait un trajet aussi bien déterminé que dans l'observation de Méglin, et le point de départ a été presque aussi bien précisé. Remarquons, en outre, qu'ici nous ne trouvons pas cet envahissement de toute la face qui a fait croire à tant d'observateurs que les douleurs s'épanouissaient en éventail sur tout un côté de la joue, et avaient par conséquent pour siége le nerf facial. J'ai fait voir plus haut comment ces apparences avaient induit en erreur les hommes les plus habiles. Mais dans le cas dont il s'agit cette erreur n'est plus possible, et c'est ce qui explique comment il a frappé M. Bérard, plutôt que tant d'autres cas de névralgie cervico-occipitale épars dans les auteurs. La douleur, en effet, naît d'une manière bien distincte dans un point de l'occiput; de là elle s'étend *peu à peu* vers les parties antérieures du crâne, et ne dépasse pas le front. Il n'est pas dit qu'elle ait envahi la tempe. Elle n'arrivait donc pas aux points qu'elle aurait dû occuper de préférence, si le nerf facial avait été réellement affecté. Est-il possible, après cela, de regarder cette affection comme une névralgie faciale?

Le lecteur aura été frappé de la manière dont les douleurs gagnaient les parties antérieures du crâne; elles s'avançaient *peu à peu* vers ces parties. Il faut sans doute entendre par là, qu'au début de l'accès, l'occiput était seul douloureux, et que les autres points, tels que le *pariétal* et le *frontal*, étaient ensuite envahis; car on ne saurait penser que c'étaient les élancements qui s'avançaient ainsi peu à peu d'arrière en avant; une fois que l'accès névralgique était bien établi, ils devaient se porter *rapidement* d'un point à un autre, comme ils le font toujours. Ces discussions, dans lesquelles je suis

obligé d'entrer à chaque pas, prouvent combien l'absence de détails fait perdre de leur valeur aux observations les plus intéressantes d'ailleurs.

L'action du quinquina, nulle avant la fièvre intermittente épidémique, quoique les accès fussent franchement périodiques, et si marquée dès que le malade est atteint de cette fièvre, est un fait qui ne doit pas être perdu pour la thérapeutique, mais qu'on ne pourrait, dans l'état actuel de la science, expliquer que par des hypothèses.

Après ces observations, il ne sera pas inutile, je pense, de présenter les faits suivants, bien qu'ils ne consistent qu'en de simples notes. Les malades qui en sont l'objet ont été examinés avec assez de soin pour que le diagnostic ne puisse laisser aucun doute.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-occipitale gauche avec extension de la douleur à un côté de la face.

Un garçon de bureau, âgé de 52 ans, se présenta à la consultation du Bureau central, le 23 avril 1839. Il éprouvait depuis huit jours des douleurs lancinantes dans tout le côté gauche de la face, et voici les renseignements que je pus obtenir sur sa maladie.

Militaire pendant dix ans, il a fait plusieurs campagnes de l'empire, et reçu plusieurs blessures. Au sortir du service, il accompagna une famille riche dans de longs voyages. Pendant qu'il était militaire, il était soumis à toutes les privations de son état, en temps de guerre. Il faisait peu d'excès de vin et pas d'excès vénériens. Dans ses voyages, il avait une bonne nourriture, mais il éprouvait souvent de grandes fatigues, et était exposé au froid et à l'humidité. Dès cette

époque, il commença à éprouver des douleurs vagues dans les membres et dans la tête; elles s'accompagnaient souvent d'élancements. Dans les dernières années, les douleurs de la tête devinrent plus fréquentes et plus fortes; elles se faisaient sentir à des époques variables; mais, chaque fois, pendant un espace de temps assez considérable, (de huit à quinze jours). Leur siége a beaucoup varié: elles occupaient tantôt la moitié droite, tantôt la moitié gauche de la tête, bien rarement les deux côtés; dans ce dernier cas, elles avaient toujours beaucoup plus d'intensité d'un côté que de l'autre. Elles se sont montrées plus fréquemment et avec plus de violence à gauche qu'à droite. Elles ont toujours été semblables à celles qui existent maintenant, et ont toujours occupé, comme dans ce moment, la partie postérieure de la tête, l'œil, un des côtés du nez, de la bouche, du menton et même du cou. La direction des élancements a toujours été, suivant le malade, de la partie postérieure de l'oreille, vers la partie latérale et antérieure de la face.

Examiné le 25 avril, il m'a présenté l'état suivant: taille au-dessus de la moyenne; embonpoint médiocre; air de souffrance.

Lorsqu'on lui demande quel est le siége et la direction de ses douleurs, il indique d'abord la partie inférieure de l'oreille gauche, puis l'œil et le côté gauche du nez, de la bouche et de la mâchoire inférieure. Il ajoute que les élancements se portent du premier point vers les autres, et en suivant la direction qu'il indique, on voit qu'il veut désigner un trajet direct, et non le passage des douleurs sur le sommet de la tête. Mais quand on lui demande s'il éprouve des douleurs vers la bosse pariétale; si ces douleurs viennent retentir dans ce point, après s'être élancées de la partie supérieure et postérieure du cou; si enfin elles contournent le crâne, et se propagent jusqu'à l'œil et à la bouche, il répond toujours affirmativement à ces questions. Il ajoute même que quelquefois les élancements, partis d'un point limité situé

un peu en dehors des premières vertèbres cervicales, viennent retentir aux environs de la bosse pariétale sans s'étendre plus loin.

En exerçant la pression sur les points occupés par la douleur, on trouve une sensibilité vive au-dessous de l'occiput, un peu en dehors et à gauche des deux premières vertèbres cervicales; elle s'étend en bas le long du ligament cervical, mais seulement du côté gauche, dans l'étendue de cinq ou six centimètres; en dehors, elle descend plus bas, et se porte jusque vers la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du bord postérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. Il y a un peu de sensibilité à la pression sur l'apophyse mastoïde; rien de semblable au niveau de la sortie du nerf facial et dans la conque de l'oreille. Un point douloureux à la pression existe un peu au-dessus de la bosse pariétale; il a 4 ou 5 centimètres de diamètre. En ce moment, qui est un moment de calme, la pression ne détermine nulle douleur dans aucune partie de la face; mais le malade affirme que, dans les accès, la sensibilité y est exaltée.

Dans les points douloureux que je viens d'indiquer, existe constamment une douleur sourde, contusive, très fatigante. Par intervalles, des élancements partent d'un point compris entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales. Souvent, ils retentissent dans l'œil, les lèvres, le menton, sans que le malade les sente passer pardessus la tête; mais quelquefois leur passage dans ce dernier point est très distinct, et alors ils se font sentir très douloureusement un peu au-dessus de la bosse pariétale. Lorsqu'ils retentissent directement dans les organes de la face, il n'y a ni dans la joue, ni au-devant de l'oreille, aucune douleur dont le trajet puisse faire supposer qu'elle suit les divisions du nerf facial. Ces élancements reviennent plus forts et plus violents deux ou trois fois par jour, à des intervalles variables, et pendant une demi-heure ou une heure.

Point de larmoiement, ni de flux nasal. La mastication et

la déglutition ne sont pas douloureuses, pas plus que l'action de se moucher et les mouvements de la tête. Du reste, toutes les fonctions s'exécutent bien ; il n'y a pas la moindre apparence de fièvre.

Le malade m'ayant dit que, dans ses précédentes attaques, il avait fait usage avec succès des pilules de Méglin, et qu'en ayant pris depuis deux jours, il se trouvait mieux, je l'engage à continuer, mais en augmentant graduellement la dose qui n'était encore que de 4 *pilules* par jour.

Je le revois trois jours après : les douleurs sont notablement diminuées; mais elles ont conservé tous leurs caractères. (*Le nombre des pilules a été porté à 8 par jour, j'engage le malade à augmenter encore la dose.*)

Au bout de huit jours, j'apprends de lui que les douleurs se sont graduellement dissipées, ce qu'il attribue à l'élévation notable de la température. Il n'y a plus ni douleur spontanée, ni douleur à la pression. — Le nombre des pilules n'a pas été augmenté; il en a cessé l'emploi le surlendemain du jour où je l'avais examiné pour la seconde fois.

Quoique je n'aie pas pu suivre assidûment ce sujet et que je ne l'aie pas vu au fort de ses accès, mon examen a été assez attentif, et la maladie était assez bien caractérisée, pour qu'il m'ait été permis de mettre hors de doute l'existence de la névralgie cervico-occipitale. C'est ce qui a été fait surtout à l'aide des points douloureux à la pression.

On a remarqué, sans doute, que le malade paraissait, dans sa première réponse, indiquer le nerf facial comme étant le siége des douleurs; il portait, en effet, son doigt de la partie postérieure de l'oreille vers l'œil, la bouche et le menton. Il n'en a pas fallu davantage à beaucoup d'observateurs pour placer la névralgie dans ce nerf. Mais en poussant plus loin l'interrogatoire, je me

suis assuré que la douleur lancinante passait par-dessus le vertex, et même que, dans certains moments, elle n'allait pas au-delà. Il était dès lors évident que la maladie avait son siége principal dans le nerf occipital et dans le plexus cervical superficiel.

Depuis que je porte spécialement mon attention sur le siége des névralgies de la tête, j'ai rencontré souvent des faits semblables. En ce moment je vois, à la Salpêtrière, deux malades qui ont, l'une une névralgie trifaciale, l'autre une névralgie occipito-cervicale se propageant à la face, et qui m'ont indiqué, comme le trajet des douleurs, la direction approximative du nerf facial. Ces malades désignaient d'abord les principaux points douloureux, sans suivre la douleur dans sa marche.

Le transport de la névralgie d'un côté à l'autre a été, chez ce sujet, très fréquent et très remarquable. Il en est de même des douleurs lancinantes ou gravatives qu'il éprouvait souvent dans d'autres parties du corps, et qui, sans aucun doute, étaient pour la plupart de nature névralgique. Cet homme avait une prédisposition des plus marquées aux névralgies. Elles se reproduisaient chez lui sous l'influence des causes les plus légères. Il n'est point indifférent, pour l'histoire des causes, de noter que ces attaques avait lieu bien plus souvent l'hiver que l'été.

Quant à l'influence du traitement, il serait bien difficile de l'apprécier rigoureusement dans un cas semblable. Cette névralgie était une de celles qui reparaissent fréquemment à des intervalles variables, et dont les attaques se dissipent très souvent d'elles-mêmes; rien ne prouve donc qu'il n'en ait point été ainsi cette fois. On

est d'autant plus porté à croire que la disparition des douleurs aurait pu avoir lieu spontanément, que l'attaque était médiocrement intense, que la dose du médicament a été peu élevée, et que l'élévation de la température a eu, selon toutes les apparences, une influence marquée. Ce fait prouve combien il est difficile de discerner l'action d'un moyen thérapeutique, lorsqu'on ne veut pas se contenter d'approximations bien souvent trompeuses, et lorsqu'on veut tenir compte de toutes les circonstances.

Dans le fait suivant, nous allons voir une névralgie occipito-cervicale, assez bien caractérisée par le point de départ et le trajet des douleurs, mais se rapprochant davantage du tic douloureux par les symptômes observés du côté de la face.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-occipitale gauche, se propageant à un côté de la face et y occasionnant des symptômes très intenses.

Une femme, âgée de 20 ans, mariée depuis deux ans, s'est présentée à la consultation du Bureau central le 26 novembre 1840 ; elle n'a qu'un enfant âgé de 2 mois, qu'elle nourrit. Avant son mariage, elle se portait très bien ; depuis, elle a presque toujours éprouvé des douleurs d'estomac avec perte d'appétit. Pendant sa grossesse, des vomissements continuels se joignirent à ces symptômes. — Jamais elle n'a eu de douleurs semblables à celles qu'elle ressent aujourd'hui.

Elle habite une chambre bien éclairée au cinquième. Depuis quatre jours seulement, il y a un poêle ; auparavant, elle n'était pas chauffée. Quand il pleut, l'eau y pénètre partout ; et l'humidité y est telle, que le papier est largement

décollé. — La malade couche près du mur, le côté affecté tourné à l'opposé.

Le début des douleurs a eu lieu, il y a trois jours, et c'est la veille que le poêle avait été placé dans la chambre. Le premier jour, cette femme souffrait médiocrement ; hier à six heures et demie du matin, en se levant, elle éprouva des douleurs très vives.

Aujourd'hui 26 *novembre.* — Comme hier, la matinée s'est passée en accès très violents irréguliers, qui ont persisté jusque vers le milieu de l'après-midi.

La pression est douloureuse à l'occiput derrière l'apophyse mastoïde, sur le pariétal et au niveau du trou sus-orbitaire du côté gauche. — Une douleur contusive permanente occupe toutes ces parties. — Il existe en même temps des élancements très violents surtout vers l'oreille ; ils partent presque toujours de ce dernier point pour aller retentir, en contournant d'arrière en avant la voûte du crâne, dans la tête, la face et l'œil du côté affecté. — Dans les accès l'œil est larmoyant ; une certaine quantité de liquide filant s'écoule des fosses nasales, et des convulsions ont lieu dans le côté gauche de la face.

Ni frisson, ni sueur. — Pas de douleurs ailleurs. — Pas de fièvre. Pouls mou, régulier.

La névralgie, dont on vient de lire la description, avait son point de départ derrière l'oreille gauche, et de là, se propageait à la tête, l'œil et le reste de la face du même côté. Elle était assez violente pour occasionner des convulsions, du larmoiement et un écoulement nasal. Ne sont-ce pas là les symptômes qui ont été assignés aux prétendues névralgies du nerf facial ? Mais il faut remarquer que les points douloureux se trouvaient derrière l'apophyse mastoïde et derrière l'oreille, ou sur l'apophyse elle-même, et que de ces points, la

douleur s'élançait vers la bosse pariétale et l'œil, non pas en traversant la joue, mais en contournant la voûte du crâne. Il n'est donc pas permis de dire que les élancements suivaient le trajet du nerf facial; s'ils se portaient jusque dans la face, c'est uniquement par suite des communications des branches occipitale et mastoïdienne, avec la branche frontale de l'ophthalmique et le nerf temporal superficiel.

Le début de cette affection n'a pas été brusque, mais graduel, quoique assez rapide. On doit avoir remarqué qu'il en était ainsi dans presque tous les cas que j'ai déjà cités; mais, ce qu'on ne remarquait pas dans ceux-ci, c'est cette intermittence, cette périodicité qui a probablement engagé le praticien, aux soins duquel la malade a été confiée, à recourir d'abord au sulfate de quinine.

Quant aux causes, on ne peut guères, je le répète, en trouver de précises dans un cas particulier; cependant, chez cette malade, il y a eu une coïncidence remarquable entre l'action prolongée du froid humide et l'apparition de la névralgie.

Enfin, je vais présenter un dernier fait dans lequel la névralgie cervico-occipitale était double. On n'en avait point encore, que je sache, cité de semblable.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-occipitale double; mais notablement plus intense d'un côté que de l'autre.

Une femme, âgée de 24 ans, garnisseuse de chapeaux, non mariée, s'est présentée à la consultation du Bureau central le 27 novembre 1840. Elle n'a jamais été bien réglée; ses menstrues, irrégulières et quelquefois moins abondantes

que dans l'état de santé, s'accompagnent de maux de reins parfois violents. Elle a deux enfants. Depuis ses couches qui ont été heureuses, elle a habituellement des flueurs blanches.

Depuis son enfance, elle a constamment des douleurs de tête, qui se font sentir dans le front, également des deux côtés. Elle dit avoir eu souvent des *inflammations d'intestins;* en l'interrogeant avec plus de précision, on apprend que ces affections consistaient en simples douleurs du bas-ventre, avec constipation.

Elle loge auprès du canal Saint-Martin; la chambre où elle couche est froide et ouverte à tous les vents; le papier y est largement décollé par l'humidité. La nuit, la malade sent vivement l'impression du froid sur la tête. Elle travaille hors de chez elle dans une pièce occupée par trois personnes et sans feu; elle se plaint d'éprouver, pendant son travail, un froid vif aux pieds et surtout à la tête. Elle a une nourriture irrégulière.

La maladie remonte à douze jours environ. Les douleurs, faibles d'abord, ont été en augmentant peu à peu; elles ont commencé à gauche, après l'avulsion d'une dent. D'abord fixées à la joue gauche, elles ont envahi la tête du même côté; ensuite elles se sont portées à droite, d'abord derrière l'oreille, puis sur la bosse pariétale et l'œil. Depuis quatre jours, les douleurs ont beaucoup augmenté.

État actuel. — 27 *novembre.* — Cheveux bruns, peau brune; caractère irritable.

La pression détermine une vive douleur à droite : 1° à la partie supérieure et postérieure du cou, entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales, un peu plus près de ces dernières; 2° à la partie moyenne du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, sur l'apophyse mastoïde, sur la conque de l'oreille, sur la bosse pariétale, vers le trou sus-orbitaire, à l'extrémité externe du sourcil, au-devant du tragus, au niveau du trou sous-orbitaire, enfin à la partie supérieure et latérale du nez. Les points correspondants du côté

opposé sont insensibles à la pression; mais une légère douleur gravative y existe toujours, et ils sont quelquefois le siége d'élancements semblables à ceux que je vais indiquer, quoique moins vifs.

Dans ce moment, une douleur sourde contusive occupe toutes ces parties. Plusieurs fois dans une minute, des élancements s'y font sentir, surtout dans l'oreille; ils se portent le plus souvent de la partie postérieure du cou jusqu'à l'oreille et à la bosse pariétale, puis au sourcil, en contournant la voûte du crâne. Quelquefois ils sont beaucoup plus fréquents; alors l'œil devient rouge, gonflé et larmoyant; il y a de la photophobie. Lorsque ces élancements sont peu violents, ils ne dépassent pas, en avant, la bosse pariétale.— Il y a des accès fréquents et irréguliers. — (*Till.*, *sir. fl. orang.*; — *4 pil. de Méglin*, *2 mat.*, *et 2 soir; augm. graduel. la dose.* — *Lav. émol. le soir.*)

Les réflexions que j'ai faites relativement au siége de la maladie, dans les cas précédents, peuvent très bien s'appliquer à cette observation, et ce serait tomber dans des redites inutiles que de les reproduire. Je me bornerai donc à signaler ce que ce fait présente de particulier.

Quoique la névralgie fût double, elle avait une intensité beaucoup plus marquée du côté droit, de sorte que ce cas ne sort qu'en partie de la règle commune. Remarquons, toutefois, que si les douleurs ont été beaucoup plus violentes à droite qu'à gauche, elles ont envahi d'abord ce dernier côté, en sorte qu'au début, la névralgie était réellement simple et siégeait précisément dans le côté qui devait être le moins douloureux dans la suite. Ce passage de la maladie d'un côté à l'autre n'a rien de surprenant quoiqu'on ne l'observe pas, à beaucoup près, dans la majorité des cas, comme le pensent quelques médecins. Chez cette malade, le transport de

la névralgie du côté gauche au côté droit n'a pas été complet ; il y a eu plutôt, ce me semble, extension de la névralgie, qui a acquis son plus haut point d'intensité dans les parties envahies les dernières.

Cette femme, comme la précédente et plus qu'elle encore, était exposée continuellement au froid, dont elle sentait surtout l'action sur la tête. C'est la seule cause occasionnelle qui ait pu être constatée. Quant aux causes prédisposantes, doit-on ranger parmi elles l'irrégularité de la nourriture, et surtout les troubles de la menstruation?

Art. IV. — Description générale de la névralgie cervico-occipitale.

J'aurais pu joindre à ces observations un certain nombre de faits épars dans les auteurs; mais je n'ai voulu présenter que les cas les plus frappants et qui ne pouvaient pas laisser le moindre doute après une lecture un peu attentive. Dans les autres, on aurait vu facilement, comme je l'ai démontré plus haut, qu'il n'était nullement prouvé que la maladie eût son siége dans le nerf facial; mais comme l'exploration n'avait point été faite d'une manière convenable, on n'aurait pas pu s'assurer, d'une manière positive, si la névralgie occupait précisément le plexus cervical et le nerf occipital qui en émane.

Avec les faits que je viens d'exposer, on ne saurait, je le répète, tracer dans tous ses détails l'histoire de la maladie; mais il est des considérations générales qui peuvent en être déduites et dont l'utilité ne saurait être méconnue ; je vais les présenter.

Siége.—Dans les observations que j'ai empruntées aux auteurs, il n'a pas toujours été facile de juger si la névralgie siégeait à droite ou à gauche, ou des deux côtés à la fois; ainsi les deux cas recueillis par André et Leydig (observ. XIV et XVII), nous laissent du doute à cet égard. On peut croire, en en lisant quelques détails, que la névralgie était double, mais il n'est pas possible, ce me semble, d'en avoir la certitude. Chez les autres sujets, l'affection siégea le plus souvent à gauche; chez deux, elle se portait tantôt à droite, tantôt à gauche, et dans un cas seulement, elle existait simultanément des deux côtés, mais avec une intensité notablement plus grande à droite.

Symptômes.—Dans la névralgie qui nous occupe, comme dans la névralgie trifaciale, il existait des points particuliers où l'on trouvait des douleurs de plusieurs sortes. Ainsi, les malades se plaignaient d'une douleur sourde, gravative, comme contusive, qui se faisait sentir continuellement, quoique avec une intensité variable, dans les points isolés qui vont être mentionnés tout-à-l'heure. A cette douleur venaient se joindre par intervalles des élancements, des tiraillements, en un mot, ces diverses sensations douloureuses que nous avons vu exister dans la névralgie de la face. Ces douleurs lancinantes, plus ou moins fréquentes, et revenant ordinairement par accès irréguliers, partaient d'un point qui était presque toujours fixé au-dessous de l'occiput, un peu en dehors des premières vertèbres cervicales, et de là, allaient retentir dans les parties supérieures du crâne. Chez un assez grand nombre de sujets, elles se portaient jusque dans la face, et chez deux, dans l'épaule. La marche de ces élancements et leur point de

départ si constant, étaient un des caractères qui laissaient le moins de doute sur le siége de la maladie. Dans aucun cas, lorsque l'examen a été fait d'une manière attentive, on ne les a vu suivre l'espèce d'éventail formé sur la face par les divisions du nerf facial.

Points douloureux.—Un des plus précieux moyens d'exploration a été la pression exercée sur les diverses parties de la tête et du cou; je l'ai employé dans tous les cas qui ont été soumis à mon observation, et j'ai trouvé: 1° un point ordinairement plus douloureux que les autres, entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales, un peu plus près de celles-ci que de celle-là. On peut l'appeler *point occipital*, car évidemment il siége dans le point d'émergence du nerf de ce nom; 2° un autre plus inférieur, siégeant entre le bord antérieur du trapèze et le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, un peu au-dessus de la partie moyenne du cou: c'est le *point cervical superficiel* situé au point d'émergence des principaux nerfs qui concourent à former le plexus de ce nom; 3° un point siégeant aux environs de la bosse pariétale et vers lequel les élancements remontaient, en suivant le nerf occipital et quelques rameaux de la branche mastoïdienne: c'est le *point pariétal* que j'ai déjà signalé dans la névralgie trifaciale, comme étant commun à cette affection et à celle dont il s'agit ici; 4° un point douloureux sur l'apophyse mastoïde, se portant quelquefois au-dessous du lobule de l'oreille, et donnant lieu par là à l'erreur qui faisait placer la maladie dans le nerf de la septième paire: c'est le *point mastoïdien*; 5° enfin, la conque de l'oreille elle-même en a présenté un qui doit prendre le nom de *point auriculaire*.

Il a été constaté aussi des douleurs lancinantes qui paraissaient aux malades exister dans l'intérieur même de l'oreille; mais, les parties n'étant pas accessibles à la pression, il n'est point facile de déterminer quel est le rameau nerveux qui en était le siége. Remarquons, au reste, que jamais les malades n'ont indiqué leurs douleurs comme étant très profondes, et qu'il résultait de l'interrogatoire, que les élancements se portaient seulement à une certaine profondeur, dans le conduit auditif externe. On ne saurait donc attribuer la douleur à une névralgie des nerfs qui traversent le rocher ; il faut plutôt en placer le siége dans les rameaux superficiels qui viennent donner la sensibilité à l'oreille externe.

L'étendue de ces points douloureux n'a pas toujours été déterminée d'une manière bien précise; mais dans quelques cas, on a vu qu'ils étaient très circonscrits et pouvaient être recouverts avec la pulpe du doigt. A la partie postérieure et supérieure du cou, on trouvait quelquefois un point assez étendu, car il occupait l'espace compris entre l'occiput et la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du muscle sterno-cléido-mastoïdien. J'ai trouvé la cause de cette espèce de diffusion de la douleur, dans la disposition des branches nerveuses qui, dans cette région, communiquent largement entre elles. Vers l'apophyse mastoïde, la douleur à la pression peut avoir aussi une étendue assez considérable, ce qui s'explique très bien par la multitude des filets nerveux qui recouvrent cette partie.

Lorsqu'on possédera des observations plus multipliées sur cette névralgie, on trouvera peut-être quelques autres points douloureux ; mais ceux que j'ai mentionnés sont les principaux.

Élancements. — J'ai dit que les élancements partis d'un centre commun, c'est-à-dire de la région sous-occipitale, se portaient dans les divers points que je viens de mentionner : c'était le cas le plus général ; mais quelquefois ils prenaient leur point de départ au-dessus de l'apophyse mastoïde elle-même ; de là ils allaient retentir, et dans la partie postérieure et supérieure du cou, et dans la bosse pariétale. Je n'ai jamais vu ces douleurs lancinantes partir de la bosse pariétale pour se porter dans les parties inférieures.

Il ne faut pas croire que les douleurs restassent toujours fixées dans les points qui viennent d'être indiqués. Ainsi, le plus souvent, au lieu de s'arrêter dans la bosse pariétale, elles la franchissaient, et suivant, de la circonférence au centre, les divisions du nerf frontal, elles gagnaient bientôt l'œil, d'où elles s'étendaient rapidement aux autres parties de la face. J'ai déjà fait observer que cette forme de la névralgie cervico-occipitale était l'analogue d'une forme de la névralgie trifaciale dans laquelle la douleur partie de divers points de la face, et ayant suivi dans sa direction le nerf frontal, se portait, en parcourant en sens inverse celle de l'occipital, vers la partie postérieure du cou, sur l'apophyse mastoïde, et quelquefois même dans l'épaule. On pourrait donc établir deux nouvelles espèces de névralgie, qu'on appellerait, l'une *trifacio-cervicale*, et l'autre *cervico-trifaciale*.

Les élancements ont parfois gagné l'épaule, ce qui s'explique très bien par la présence, dans cette partie, des rameaux nerveux émanés du plexus cervical. Dans les cas où ils se sont fait sentir dans le bras, on doit admettre que des nerfs du plexus brachial ont été mo-

mentanément envahis, ce qui est au reste confirmé par les détails d'une des observations précédentes; les douleurs dans le bras ont eu lieu, en effet, à l'époque où le point douloureux de la partie postérieure du cou s'étendait jusqu'au niveau des dernières vertèbres cervicales.

Je n'ai pas besoin de reproduire ici ce qui a été dit, à la suite de chaque fait en particulier, sur le retentissement des douleurs dans la face. Il est aisé de voir maintenant comment ces douleurs, qui se portent si rapidement de la partie postérieure du cou vers la face, ont donné le change à la plupart des observateurs. La facilité avec laquelle la névralgie se transmet d'un nerf à un autre, dès qu'il existe une communication suffisante, n'étant point parfaitement appréciée, on devait, en ne considérant que les points de départ et d'arrivée des douleurs, être naturellement porté à placer leur siége dans le nerf facial, qui semblait les faire communiquer le plus directement entre eux. Désormais, pour faire admettre l'existence de la névralgie faciale, il faudra, par une exploration attentive, s'assurer que les douleurs suivent réellement le trajet des nombreuses divisions du nerf moteur de la face, et de plus, que les nerfs sensitifs en sont tout-à-fait exempts. La recherche des points douloureux par la pression est, sans contredit, le meilleur moyen que l'on puisse employer pour éclairer cette question.

Complications.—Plusieurs des sujets avaient éprouvé, ou éprouvaient encore dans le cours de la maladie, des douleurs de nature névralgique dans d'autres parties du corps. Sous ce rapport, la névralgie cervico-occipitale suivait la règle commune.

Nous ne trouvons dans les voies respiratoires rien qui puisse nous intéresser ; il en est de même des voies digestives. Dans un cas, il est vrai, il y a eu quelques troubles dans les digestions, et quelques symptômes du côté de l'abdomen ; mais il a été évident qu'on devait les attribuer au léger mouvement de fièvre produit par les vésicatoires multipliés. Du reste, aucun symptôme fébrile notable et prolongé n'a été constaté, et l'état du pouls n'était nullement en rapport avec la violence des douleurs.

Marche, durée, terminaison. — Quant à la *marche*, à la *durée* et à la *terminaison* de la maladie, les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer quelque résultat important ; je dirai seulement, d'une manière générale, que les choses se sont passées comme dans les affections du même genre, siégeant dans les autres parties du corps.

Causes. — Les *causes* des maladies ne peuvent, comme on le sait, être recherchées avec quelque avantage que sur un nombre considérable de faits. Ceux que j'ai rassemblés sur la névralgie cervico-occipitale sont donc insuffisants. Cependant, je ferai remarquer que chez trois sujets, l'action du froid prolongé a été constatée, et que dans un cas où la névralgie se reproduisait très fréquemment, c'était presque toujours en hiver que le malade en sentait les atteintes.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette affection ne saurait offrir de bien grandes difficultés ; la dissémination des points douloureux, la direction des élancements, les accès plus ou moins violents qui surviennent ordinairement à des intervalles irréguliers, ne laissent guère de doute dans l'esprit de l'observateur. Toutefois, on peut

se demander s'il ne serait pas possible de la confondre avec le rhumatisme du cou, connu sous le nom de *torticolis*. Mais voici ce que j'ai observé dans les cas où il n'existait qu'une douleur évidemment musculaire. Les mouvements de la tête étaient douloureux à un degré ordinairement considérable; ils l'étaient surtout lorsqu'ils exigeaient une forte contraction des muscles affectés. S'il y avait des élancements, ils étaient sourds et restaient fixés dans les points malades; la pression déterminait une douleur moins vive, mais plus étendue que dans la névralgie; enfin, dans l'immobilité complète, la douleur était nulle ou presque nulle, et ne revenait pas par accès. La maladie se dissipait spontanément en quelques jours, mais sa disparition était plus rapide à la suite de l'application de quelques sangsues. J'extrais d'une de mes observations de névralgie sciatique, les détails relatifs à un torticolis survenu dans le courant de la maladie, afin de faire mieux ressortir les différences de ces deux affections.

Un malade, affecté de névralgie sciatique depuis quatre ou cinq mois, était entré à l'Hôtel-Dieu le 23 janvier 1839; on constata le même jour l'existence de sa maladie, et après un examen attentif, on trouva que les douleurs étaient exclusivement bornées au membre inférieur gauche où elles avaient une grande intensité Le surlendemain, à son réveil, cet homme sentit, à la partie postérieure du cou, une douleur qui persista; cette douleur n'avait lieu que dans les mouvements; elle s'élevait à son *summum* d'intensité dans le renversement de la tête en arrière. La pression était très douloureuse, soit entre les apophyses épineuses de la septième vertèbre cervicale et des deux premières dorsales, soit à leur ni-

veau : cet effet n'avait lieu que dans la largeur de $0^m,03$ environ, à la hauteur de la septième cervicale, et dans une étendue moindre à mesure qu'on s'approchait de la seconde dorsale. La douleur ne cessait pas brusquement dans ces limites, mais elle diminuait insensiblement et disparaissait $0^m,02$ plus loin. Le lendemain elle avait gagné les attaches supérieures du trapèze. Le 30, elle était nulle à la pression, et à peine sensible dans les mouvements; elle disparut bientôt sans qu'on lui eût opposé aucun traitement.

Je ne comparerai pas la névralgie cervico-occipitale avec d'autres affections douloureuses du cou, parce que, pour ces dernières, les éléments du diagnostic n'existent pas d'une manière assez précise. Le *pronostic* ne présente rien de particulier.

Traitement.— Le traitement employé dans plusieurs des cas précédents a été varié. On a vu le demi-succès obtenu par André à l'aide de la cautérisation profonde; les vésicatoires très multipliés ont produit, dans un cas, un soulagement sensible à chaque application, sans toutefois triompher complétement de la maladie; mais il s'agissait d'une de ces névralgies mobiles qui paraissent tenir à un état général du système nerveux et qui sont si difficiles à guérir. Dans deux cas que j'ai observés récemment, l'emploi de deux vésicatoires volants, appliqués sur le point douloureux de la nuque, a été suivi du succès le plus prompt et le plus manifeste. L'emploi des pilules de Méglin a été avantageux chez un sujet; chez un autre le résultat a été moins évident. On n'a pas oublié le cas cité par Leydig, et dans lequel la maladie, ayant pris des caractères de périodicité prononcée, le sulfate de quinine en a promptement triomphé. L'emploi

des frictions mercurielles prescrit par Watton, et suivi d'une amélioration rapide et de la guérison définitive, a besoin d'être soumis à de nouvelles expériences.

De tous ces moyens, c'est encore le vésicatoire volant qui a eu le plus souvent d'heureux effets; c'est aussi celui que je recommande le plus particulièrement.

CHAPITRE TROISIÈME.

NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE.

—

ART. 1er. — HISTORIQUE ET CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Je désigne sous le nom générique de névralgies cervico-brachiales, celles qui ont leur siége dans une partie de l'étendue du plexus brachial et des racines postérieures des dernières paires cervicales, quel que soit le nerf affecté. On verra plus loin quelles sont les espèces qu'il faut admettre; car de toutes les névralgies, celles qui occupent le membre supérieur sont celles, du moins d'après la description des auteurs, qui restent le plus fréquemment limitées dans une seule branche nerveuse.

Quoique en partie mieux connue que la précédente, la névralgie cervico-brachiale n'a point été étudiée d'une manière assez suivie pour qu'on en ait pu tracer une histoire complète. Aussi, tout ce que nous possédons sur ce sujet consiste-t-il dans un certain nombre d'observations plus ou moins intéressantes, éparses dans les recueils scientifiques.

La connaissance de cette affection remonte néanmoins à une haute antiquité, puisque Cotugno cite Celse parmi ceux qui en ont parlé. Mais, jusqu'à Cotugno lui-même, on avait des idées très vagues sur les névralgies du membre supérieur aussi bien que sur celles du membre inférieur. A cet auteur revient la gloire d'avoir le premier présenté des considérations précises sur toutes

les névralgies des membres, bien que son histoire de la névralgie sciatique laisse fort loin derrière elle les faibles détails qu'il nous a donnés sur la névralgie cubitale. Celle-ci, en effet, n'est mentionnée, dans son mémoire, que pour être rapprochée de la première, afin de mieux faire ressortir leurs caractères communs. Toutefois, le chapitre (1) dans lequel il est question de la névralgie cubitale est trop remarquable pour que je puisse me dispenser de le citer ici.

« Hactenus mihi videor probabiles caussas protulisse, quæ ischiadicum nervum cogant indolere, et cur ejus nervi truncus, priorque propago in crus demissa, doloris tractum sæpè sustineant, præque cæteris machinæ nervis, cubitali excepto, doloris caussis capiendis sint maxime idonea. Quo in cubitali nervo non est cur quispiam curiose quæret dispositionem eandem ferè esse, passionem rariorem. Etsi de illa enim passionis raritate caussari parvitas possit nudæ sedis nervi cubitalis; non tamen tanta, uti creditur ea raritas est. Siquidem vidi frequenter cum ischiadico nervo cubitalem etiam doluisse, idque præcipue cum caussa doloris fuit interior, sic ut potuerit utrique nervo occurrere. Quam doloris societatem et consensum in cubito, atque coxa, sic ut uno in eodem tempore ambæ illæ partes indolerent, tractanti mihi plurimos rheumatico, venereove viru devexatos videre contigit sæpissimè : nec dubito quin, sin animus sedulo advertatur, dolorum hoc connubium frequenter occurrat. Imo quemadmodum in coxa natum antea dolorem sensim sæpè vidi ad pedem descendisse, vel in pede natum petivisse coxam; sic frequenter in cu-

(1) *Loc. cit.*, cap. XXXI. *Similes caussæ in nervo cubitali similem noxam gignunt.*

bito residentem dolorem et ad humerum ascendere, et ad postremos manus vidi digitos propagari. Tantaque est in his doloribus similitas, atque consensio, sive partium indolentium eadem dispositio, sive nati doloris spectetur, ut censeam recte Celsum (1) utriusque doloris judicia conjunxisse, et pene etiam exæquasse. Ego vero si nomen ischiadis non fuisset a sede doloris, sed a forma profectum, minime dubitassem illum brachii dolorem nervosam cubitalem ischiadem appellare. Convenit enim cum postica ischiade nervosa, forma sede, symptomatibus, curatione. »

On voit que Cotugno avait parfaitement saisi les caractères névralgiques de la douleur, et qu'il en avait établi, d'une manière irrécusable, le siége dans le nerf cubital. La ressemblance qui existe entre la disposition anatomique du nerf cubital derrière l'épitroklée et la disposition du nerf poplité externe derrière la tête du péroné, est trop remarquable pour qu'elle ne dût pas tout d'abord fixer l'attention de Cotugno, qui avait indiqué la tête du péroné comme un lieu d'élection pour l'application du vésicatoire dans la sciatique. Aussi ne manque-t-il pas de la faire ressortir, et il trouve cette ressemblance tellement grande, que si le nom d'*ischias* n'était point imposé à la maladie à cause du siége de la douleur, mais bien à cause de sa forme, il n'hésiterait pas à appeler du même nom la douleur nerveuse cubitale.

Cet aperçu lumineux aurait dû, ce semble, fixer davantage l'attention sur la névralgie cervico-brachiale; mais, après Cotugno, on s'est borné à recueillir quelques cas de névralgie cubitale, sans chercher à les rap-

(1) *De re medica*, lib. II, cap. VIII, p. m. 75, *Ed. Roterd.*, MDCCL.

procher les uns des autres de manière à en faire sortir des résultats généraux.

Chaussier n'a décrit que la névralgie *cubito-digitale*. Selon lui, la maladie commence ordinairement par l'épitrochlée, et de là, s'irradie dans le reste du nerf.

Quant aux observations recueillies par divers auteurs, on les trouve dans les recueils scientifiques sous les noms de névralgie cubitale, radiale, musculo-cutanée, etc., et J. Frank, qui a cité tant de travaux sur les diverses névralgies, dit à peine quelques mots de celles du membre supérieur.

On voit qu'à proprement parler, l'histoire de la névralgie cervico-brachiale est encore presque tout entière à faire. J'ai donc dû rassembler un certain nombre d'observations propres à en éclairer les principaux points.

ART. II. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

§ Ier. Distribution des nerfs.

Bien que les quatre dernières paires cervicales aient de nombreuses communications avec celles qui sont le siége de la névralgie précédente, on doit néanmoins les considérer à part, parce qu'elles peuvent être elles-mêmes le siége d'une névralgie distincte. A ces branches, il faut joindre la première paire dorsale qui concourt à la formation du plexus brachial. L'ensemble de ces nerfs constitue, pour le membre supérieur, un appareil analogue à celui du plexus lombo-sacré pour le membre inférieur.

Les branches postérieures des cinq paires dont il s'agit sont beaucoup moins importantes, sans doute, que

les branches antérieures; cependant, elles ont un grand intérêt pour nous, parce que, après avoir traversé les muscles, elles viennent donner des filets à la peau, et former ainsi une série de petits nerfs sensibles dont toutes les extrémités sont superficielles.

Les branches antérieures, infiniment plus volumineuses, ont entre elles des communications très compliquées. Elles ont été décrites avec le plus grand soin par les anatomistes. Il me suffira de dire qu'à l'aide de ces larges communications, tous ces nerfs forment un ensemble qui les rend solidaires les uns des autres. Cet entrelacement a reçu le nom de plexus brachial. A son origine, il est situé profondément entre les scalènes et recouvert par une très forte aponévrose; plus bas, il est protégé par la clavicule et le muscle sous-clavier; mais, à la partie inférieure, il devient plus superficiel et plus accessible. Dans le creux axillaire, en effet, et au niveau de l'articulation scapulo-humérale, la pression exercée sur la face interne du bras arrive aisément jusqu'à lui.

Les branches que fournit le plexus brachial, avant de donner naissance aux nerfs qui le terminent, sont presque uniquement destinées aux muscles; une seule envoie des rameaux un peu notables à la peau de l'épaule : c'est cette dernière qui nous offre le plus d'intérêt. Parmi les nerfs affectés aux muscles, le nerf sus-scapulaire est le plus remarquable, en ce que, au moment où il passe sur le bord concave de l'épine de l'omoplate, il devient beaucoup plus superficiel que dans le reste de son étendue, n'étant séparé de la peau que par une bandelette fibreuse. Le nerf axillaire ou circonflexe n'est pas moins digne d'attention : 1° par la manière dont il

contourne le col chirurgical de l'humérus; 2° par son rameau cutané, qui se porte en traversant les fibres charnues du deltoïde, à la peau qui recouvre la partie supérieure de ce muscle.

Parmi les branches qui terminent le plexus brachial, je signalerai d'abord le nerf brachial cutané interne qui, sous-aponévrotique dans la partie supérieure du bras, devient sous-cutané avec la veine basilique, et fournit deux rameaux : le cubital et l'épitrochléen. Le premier se porte le long de la partie antérieure du cubitus jusqu'au carpe, et l'autre, après avoir contourné l'épitrochlée d'avant en arrière, gagne le poignet par la face postérieure de l'avant-bras. Ce nerf est essentiellement cutané, et par conséquent très accessible aux causes qui peuvent produire la névralgie.

Le nerf musculo-cutané se dégage des muscles sous le bord externe du tendon du triceps vers le pli du bras ; là il devient sous-cutané. Après avoir fourni des branches nombreuses aux muscles du bras, il se porte alors verticalement en bas, en passant au-devant de l'articulation du coude.

Le nerf médian, qui n'est un peu superficiel qu'à la partie supérieure de son trajet, est presque exclusivement consacré aux muscles du membre supérieur ; les points dans lequel il nous offre le plus d'intérêt, sont : 1° celui où il traverse le rond pronateur ; 2° celui où il fournit la branche palmaire cutanée à la réunion des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur de l'avant-bras ; 3° et enfin celui où, avant de fournir les branches collatérales des trois premiers doigts, il donne les rameaux cutanés de la main.

Le nerf cubital présente à considérer deux portions :

l'humérale et l'anti-brachiale. Dans la première, je signalerai uniquement le point dans lequel il traverse le triceps brachial pour aller gagner la gouttière qui sépare l'olécrâne de l'épitrochlée, et contourner celle-ci d'arrière en avant, de manière à venir se placer sur le côté interne de l'apophyse coronoïde. Ce dernier point est sans contredit le plus remarquable, et peut être comparé, pour l'objet qui nous occupe, à la réflexion du nerf poplité externe, au-dessous de la tête du péroné. Le point le plus important de la portion antibrachiale du nerf se trouve à la partie inférieure du cubitus, où il devient sous-aponévrotique. Parmi les branches qu'il fournit, il faut distinguer, 1° la branche dorsale interne de la main, dont un rameau donne des collatéraux dorsaux aux trois derniers doigts; 2° la branche palmaire et digitale; le point où elle passe entre l'os pisiforme et l'oscrochu est surtout remarquable.

Enfin, le nerf radial, qui naît à la fois des cinq paires destinées à former le plexus, présente comme le précédent deux portions à considérer: 1° une portion humérale; 2° une portion antibrachiale. Dans la première, je signalerai le point où ce nerf s'engage dans la gouttière humérale, entre la longue et la moyenne portion du triceps brachial, pour contourner l'humérus, et devenir externe et antérieur. Là, le tronc du nerf radial est plus accessible à la pression que partout ailleurs. Au sortir de la gouttière humérale, il donne le rameau cutané radial externe qui traverse les fibres musculaires du triceps, pour venir se répandre dans la peau de la région externe du bras; et, avant de s'y engager, il avait fourni le rameau cutané radial interne, qui se comporte d'une manière analogue. Parvenu à l'avant-bras, il se

divise en deux branches terminales, dont l'une profonde, est destinée aux muscles, et l'autre superficielle, va former la branche dorsale externe de la main. Celle-ci, devenue superficielle au-dessus du tendon du grand supinateur, est bientôt sous-cutanée, et se divise en deux rameaux un peu au-dessus de l'apophyse styloïde du radius. Les deux branches qui la terminent fournissent des collatéraux aux deux premiers doigts.

§ II. Points les plus importants.

En résumant ce qui vient d'être dit, nous voyons, 1° que les branches destinées à former le plexus brachial, donnent naissance, à la partie inférieure du cou, à une série de branches postérieures, qui traversent les muscles, et vont se jeter dans la peau le long des dernières vertèbres cervicales; 2° que les branches antérieures se réunissent en un plexus par de larges communications qui les rendent en quelque sorte solidaires les unes des autres; 3° que ce plexus, profond à sa naissance, devient superficiel dans le creux de l'aisselle; 4° qu'avant de donner naissance à ses branches terminales, il produit les rameaux sus-scapulaire et circonflexe, remarquables, l'un par sa position sur l'épine de l'omoplate, et l'autre à la fois par sa position sur le col chirurgical de l'humérus, et par les rameaux cutanés qu'il envoie à la peau à travers le deltoïde; 5° que le nerf musculo-cutané, superficiel dans une grande étendue de la partie interne du bras, va se rendre à l'épitrochlée d'une part, et de l'autre à la partie antérieure du carpe : ce même nerf fournit un rameau placé derrière la veine médiane céphalique, rameau qui ayant été quelquefois atteint dans la saignée, a été le siége de douleurs très intenses; 6° que le nerf médian ne nous

présente dans sa portion humérale rien de particulier à considérer ; mais que dans sa portion antibrachiale, il faut noter le point où il traverse le rond pronateur, celui où il fournit la branche palmaire cutanée, et enfin ses divisions ultimes en rameaux collatéraux des doigts ; 7° que le nerf cubital est remarquable principalement dans le point où il contourne l'épitrochlée, dans celui où, devenu superficiel au-devant de l'extrémité inférieure du cubitus, il passe entre l'os pisiforme et l'os crochu pour se rendre à la main ; et enfin, dans les points où, après avoir donné des rameaux à la paume de la main, il fournit des collatéraux aux trois derniers doigts ; 8° que le nerf radial, important à considérer dans la portion humérale par la manière dont il contourne l'humérus, et par les rameaux cutanés qu'il envoie à son entrée et à sa sortie de la gouttière humérale, l'est beaucoup moins dans sa portion antibrachiale ; car nous n'avons à y noter que le point où il devient superficiel, et où il fournit des collatéraux aux deux premiers doigts.

Le grand nombre des points qui viennent d'être indiqués nous fait déjà pressentir que la névralgie cervico-brachiale doit présenter une grande variété de siége. Mais, conviendrait-il, d'après la disposition anatomique, de diviser cette névralgie, comme on l'a fait généralement, en autant d'affections distinctes qu'elle peut avoir de siéges différents? Je ne le pense pas. Les communications si larges et si nombreuses de toutes les branches qui concourent à former le plexus brachial, m'engagent à le regarder comme un seul et même organe, dont les nombreuses divisions peuvent, dans certains cas, être affectées isolément, sans que pour cela la maladie mérite un nom particulier. S'il en était autre-

ment, il faudrait, pour toutes les névralgies, et même pour la névralgie intercostale, admettre des divisions fondées sur de simples exceptions. Je reviendrai au reste sur ce sujet dans le cours de cet article.

Avant de passer aux considérations générales qui peuvent ressortir de l'étude de nos observations, je crois devoir, comme pour la névralgie précédente, présenter les faits particuliers les plus complets que j'aie pu trouver.

Art. II. — Faits particuliers.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-brachiale gauche ; grand nombre de points douloureux ; emploi des vésicatoires volants ; guérison.

Le 7 novembre 1840, s'est présentée à la consultation du Bureau central, une femme âgée de 58 ans, d'un embonpoint considérable. Elle est sujette aux étouffements et aux étourdissements ; jamais elle n'a eu de douleurs. Depuis six mois, elle a des attaques d'hystérie bien caractérisées ; ces attaques durent environ deux heures, et ont eu lieu trente ou quarante fois. Du reste, tous ses sens sont intacts, et ses fonctions s'exécutent bien. Elle a cessé d'être réglée il y a trois ans. Elle a eu deux enfants.

Il y a quinze jours, cette femme fut prise de vives douleurs dans l'épaule gauche, qui furent accompagnées d'élancements insupportables, et qui restèrent fixées dans ce point pendant deux jours ; puis, elles envahirent successivement le bras et le cou du même côté.

État actuel. — Il existe une douleur permanente occupant le cou, l'épaule, et le bras du côté gauche.

La pression exercée sur ces parties y fait reconnaître les points douloureux suivants : 1° en dehors des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales, point douloureux de 2 ou 3 cen-

timètres de large, et haut de 6 à 7 ; 2° un peu en arrière de la réunion de l'apophyse acromion et de la clavicule ; 3° à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du deltoïde dans la hauteur de 4 ou 5 centimètres ; 4° sous l'aisselle, sur le bord interne de l'humérus, point très douloureux de 3 ou 4 centimètres d'étendue ; 5° un autre également très douloureux, étendu de 2 à 3 centimètres sur l'épitrochlée ; 6° un semblable pour l'étendue et la violence au-dessus et en avant de l'apophyse styloïde du cubitus ; 7° un point de 2 à 3 centimètres de hauteur, à l'endroit où le nerf radial contourne l'humérus ; 8° enfin la pression est douloureuse dans les deux derniers doigts, mais à un bien plus haut degré à leur extrémité et dans leur pulpe.

Les élancements partent du cou et de l'épaule pour se porter à l'extrémité des doigts. Ils n'ont ordinairement lieu que deux ou trois fois dans un quart d'heure. Quelquefois, la malade en éprouve de semblables dans le membre inférieur.

Les mouvements du bras sont très difficiles ; ils occasionnent une vive douleur dans l'épaule, au point que la malade craint que son bras ne soit paralysé. Nulle douleur dans les efforts de toux. — Céphalalgie générale ; pas de fièvre. (*Till.*; 1 *pil. d'ext. thébaïque*; 2 *vésicat. l'un au cou, dans le creux axillaire, et l'autre à la partie supérieure et interne du bras.*)

10 *novembre*. — La malade n'a appliqué qu'un seul vésicatoire, c'est celui du creux axillaire. Le point douloureux du cou et celui du deltoïde ont disparu, ainsi que celui qui siégeait au point où le nerf radial contourne l'humérus. Les doigts en sont exempts. La pression est encore douloureuse, mais à un degré très faible, au point acromio-claviculaire, sous l'apophyse styloïde du cubitus, et dans la paume de la main, sur l'éminence hypothénar.

Les mouvements du bras et des doigts sont plus faciles ; il reste encore un peu d'engourdissement dans ces derniers. Les élancements sont beaucoup moins forts ; ils n'ont lieu que

deux ou trois fois par jour. L'amélioration est des plus marquées. La malade, qui craignait que son bras fût paralysé, se regarde maintenant comme guérie. — État général satisfaisant, seulement constipation depuis trois jours. (*Viol. coquelic. sir. gom.; eau de Sedlitz; vésicat. sur l'épaule.*)

Bien que cette observation ne sorte guère des proportions d'une simple note, j'ai cru devoir la présenter la première, parce qu'il serait bien difficile d'en trouver une qui présentât des caractères aussi précis et aussi frappants. En effet, si nous considérons la maladie de cette femme, dans son début, dans sa marche, dans son siége, dans ses symptômes, nous y trouvons des traits si remarquables, qu'on peut la donner comme un type de névralgie cervico-brachiale.

Mais c'est le nombre et le siége des points douloureux qu'il importe surtout de bien étudier. Il en existait deux bien distincts au-dessus du passage du plexus dans le creux axillaire : l'un, voisin des vertèbres, correspondait évidemment aux branches postérieures des dernières paires cervicales; l'autre, un peu en arrière de la réunion de l'acromion avec la clavicule, pouvait siéger, soit dans les rameaux superficiels de l'épaule émanés du plexus cervical atteint par la névralgie voisine, soit dans le nerf sus-scapulaire. Un troisième point douloureux sur le deltoïde, se trouvait à l'endroit où le nerf circonflexe contourne l'humérus et donne des filets cutanés. Il est inutile de rappeler le point axillaire, c'est le plus frappant de tous, et il est trop évident qu'il avait son siége dans le plexus brachial lui-même pour que je doive l'indiquer ici. Les autres points qui se trouvaient dans le trajet des nerfs radial et cubital n'étaient pas moins remarquables pour leur siége. Ainsi, le point où le nerf

radial contourne l'humérus et fournit des filets cutanés, celui où le nerf cubital est si superficiel aux environs de l'épitrochlée et à son passage du bras à la main ; enfin, les points douloureux dans les derniers doigts et dans l'éminence hypothénar, méritent d'autant plus de fixer notre attention, que jusqu'à présent on ne les avait nullement recherchés, et que néanmoins ils sont un des caractères les plus précieux de cette névralgie.

L'engourdissement, la douleur, la gêne des mouvements, étaient tels, que la malade craignait une paralysie du bras : et cet état durait depuis quinze jours avec la même intensité. C'est dans ces circonstances que le traitement par les vésicatoires volants a été entrepris. Son effet a été prompt et non douteux. L'amélioration a eu lieu très peu de temps après l'application d'un vésicatoire sur le point douloureux, et au moment où j'ai revu la malade pour la seconde fois, si la guérison n'était pas complète, elle était du moins fort avancée. Tout me porte à croire que si cette femme n'est pas revenue à la consultation du Bureau central, comme je le lui avais recommandé, c'est qu'elle se trouvait entièrement guérie. C'est ainsi, en effet, qu'agissent presque tous ceux qui se rendent aux consultations gratuites.

Dans l'observation qui va suivre, la maladie, non moins bien caractérisée, et occupant un siége tout aussi étendu, a pu être suivie jusqu'à la fin, et les résultats du traitement y sont, par conséquent, plus manifestes.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Le 2 décembre 1840, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière une femme âgée de 72 ans. Depuis vingt-cinq ans,

elle est dans cet établissement où elle a été admise comme aliénée. Sans avoir recouvré complétement la raison, elle donne sur son état actuel des renseignements assez exacts. Sa mémoire est peu fidèle, et l'on ne peut avoir aucune confiance dans ses souvenirs un peu anciens.

Elle dit éprouver dans le bras droit une diminution de force qui remonterait à un temps assez éloigné, et qui aurait augmenté depuis un mois, mais surtout depuis deux jours. Néanmoins, le côté droit du corps n'est pas plus faible que l'autre. On nous apprend qu'elle a l'habitude de se promener nu-pieds dans les cours et d'aller s'asseoir le matin, de très bonne heure, sur le gazon humide.

Elle jouit ordinairement d'une assez bonne santé. Elle a les cheveux presque blancs, assez abondants; sa figure a une expression de vivacité bien marquée; maigreur générale. Elle est affectée d'un catarrhe pulmonaire chronique d'une médiocre intensité.

Il est impossible de préciser le début des douleurs qu'elle éprouve dans l'épaule; elles ne paraissent pas cependant dater de très long-temps.

État actuel, le 3 décembre. — On trouve une douleur vive à la pression 1° dans un point situé au-dessous de la partie externe de la clavicule, au-devant de la seconde courbure de cet os; 2° en dehors des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales jusqu'à la première dorsale; 3° à la partie moyenne et supérieure du deltoïde; 4° au-dessus de l'attache inférieure de ce muscle; 5° au milieu de la fosse sous-épineuse; 6° au sommet du creux axillaire, près de la tête de l'humérus; 7° vers le tiers inférieur et externe du bras, à l'endroit où le nerf radial contourne l'humérus; 8° au-devant de l'épitrochlée, dans un espace très limité; 9° au-devant de l'apophyse styloïde du cubitus; 10° enfin, au-devant du radius, à sa partie inférieure. Tous ces points douloureux à la pression sont très circonscrits, et n'ont pas plus de 2 à 3 centimètres de diamètre. Le point *axillaire* est

le plus douloureux de tous ; les autres ont un degré variable d'intensité. Les mouvements du bras font naître des douleurs lancinantes qui se portent de haut en bas sans dépasser le coude.

Les autres fonctions s'exécutent bien. (*Vésicatoire de 9 cent. de diam. à la part. inf. et post. du cou.—Till. or.*; 1/4.)

Le 4. — Les douleurs sont notablement moins vives.

Le 5. — Plus de douleur dans le bras, ni dans l'avant-bras ; au cou, elles conservent encore une médiocre intensité.

Le 8. — Il ne reste qu'une douleur assez vive à la pression au sommet du creux axillaire ; la malade n'éprouve pas d'élancements. (*Vésicat. au creux de l'aisselle.*)

Le 10. — Aucun élancement dans l'aisselle : la pression y est encore légèrement douloureuse. Démangeaison au cou, dans les points occupés par le vésicatoire.

Le 12. — Aucune trace de douleur soit spontanée, soit à la pression. Toutes les fonctions s'exécutent bien. Les deux vésicatoires sont secs.

Le 29. — Aucun retour des douleurs. La malade quitte la salle.

Rentrée à son dortoir, cette femme reprit ses anciennes habitudes, s'exposant comme auparavant au froid et à l'humidité. Elle ne tarda pas à être affectée de nouveau de ses anciennes douleurs. Son dortoir, situé au rez-de-chaussée, est chauffé, et son lit n'est pas appuyé à la muraille ; elle couche ordinairement très peu couverte et sans camisole. La nuit, nous dit-elle, elle a ressenti l'impression du froid.

Le 11 *janvier* 1841, on constate l'état suivant : la pression est douloureuse à droite de la première vertèbre cervicale et de la septième du même côté, dans un point limité situé en dehors des apophyses épineuses. Dans le sommet du creux de l'aisselle, on trouve un point également douloureux à la pression ; il en existe un autre à l'endroit où le nerf radial contourne l'humérus, puis un semblable au-dessus de l'épi-

trochlée. Enfin, la pression est douloureuse à la partie inférieure et postérieure de l'avant-bras, au niveau de l'espace interosseux.

La malade éprouve dans ces parties une douleur sourde, permanente, médiocrement intense. De temps en temps, il s'y joint des élancements qui, partant de l'épaule, parcourent la longueur du membre, et gagnent le poignet; il en existe aussi parfois dans la région cervicale. Les mouvements du bras sont peu douloureux. — Pas de douleurs ailleurs, soit spontanées, soit à la pression. Toutes les fonctions s'exécutent bien, et la malade demande à manger. (*Vésicatoire, au creux axillaire; gomme édulcorée*, 1/4.)

13 *janvier*. — Même état. Le vésicatoire, ordonné le 11 pour le creux de l'aisselle, a été oublié, et le 12, par erreur, il a été placé sur le moignon de l'épaule, à sa partie inférieure.

15 *janvier*. — La malade se plaint de vives douleurs; mais elle ne peut distinguer la douleur du vésicatoire, de la douleur nerveuse. Le reste *idem*. (*On panse le vésicatoire avec du cérat.*)

16 *janvier*. — La malade exerce sans douleur de grands mouvements du bras. Les élancements qu'elle éprouvait persistent, mais avec moins de fréquence et d'intensité.

18 *janvier*. — Douleur peu vive. Mouvements non douloureux. La pression n'est douloureuse dans aucun point. — Toutes les fonctions s'exécutent bien. (*Gom. édul.*; 1/2.)

20 *janvier*. — Pas d'élancements. Mouvements du bras très faciles et non douloureux. Pas de douleur soit spontanée, soit à la pression. État général très bon. (*Gom. édul.*; 1/2.)

L'étendue de la douleur, le nombre des points douloureux et leur circonscription, les élancements et leur direction, tous les symptômes, en un mot, sont propres à la névralgie et ne peuvent laisser aucun doute sur l'exactitude du diagnostic. Mais à quelle époque remon-

tait cette névralgie? C'est malheureusement ce qu'il a été impossible de savoir d'une manière positive, et ce qui est d'autant plus à regretter, que cette circonstance est de la plus haute importance pour l'appréciation du traitement. Cependant, je ne crois pas qu'on puisse douter de l'efficacité du vésicatoire volant dans ce cas. L'amélioration rapide qui a eu lieu, soit à l'époque où cette femme a été traitée une première fois, soit lors de la récidive, et la disparition complète des douleurs, sont évidemment dues à leur influence; car, lors de leur application, loin d'avoir la moindre tendance à diminuer, la maladie faisait des progrès sensibles.

Les habitudes de la malade, le défaut de toute précaution pour se garantir du froid, ont-ils réellement été la cause occasionnelle de cette névralgie? On ne peut pas, sans doute, se prononcer d'une manière positive d'après un seul fait; mais ce qui s'est passé pendant le court espace de temps qui a séparé la première atteinte de la récidive, est de nature à nous faire penser que l'action du froid n'était pas étrangère à la production de la maladie. Cette femme reprit ses habitudes: la nuit elle se couvrit fort peu, sentit l'impression du froid, et peu de temps après éprouva de nouveau les symptômes névralgiques dont elle était complétement délivrée lors de sa sortie. On voit que si ce fait ne peut démontrer à lui seul l'influence du froid, il est un de ceux qui parlent le plus en sa faveur.

Je vais maintenant citer une observation dans laquelle la névralgie, quoique moins étendue, n'en a pas été moins évidente, et où l'influence du traitement par les vésicatoires volants a été tout aussi marquée.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-brachiale gauche occupant d'abord la partie supérieure du plexus, puis le creux axillaire, et enfin le nerf cubital; vésicatoires volants; guérison.

Ch. Leprince, charretier, âgé de 38 ans, non marié, est entré à l'hôpital Beaujon le 19 mai 1840.

Le 17 mai au matin, en se réveillant, il ressentit, dans la moitié inférieure gauche du cou, une douleur assez vive, qui augmentait lorsqu'il tournait la tête. Dans le courant de la journée, cette douleur diminua peu à peu, et vint se fixer à l'épaule du même côté; le soir, elle était à peu près nulle au cou, tandis qu'à l'épaule elle était assez intense. Elle causa au malade de l'insomnie toute la nuit. Par intervalles, elle était lancinante, partait du creux de l'aisselle, et allait s'irradier dans le moignon de l'épaule et la partie latérale gauche du cou. Elle persista jusqu'à l'entrée à l'hôpital, tantôt vive, tantôt légère, sans qu'il lui fût opposé aucun traitement.

Ce sujet ne sait à quoi attribuer sa maladie; il ne croit pas s'être refroidi. La chambre où il couche est assez sèche, et dans son lit il a le côté gauche tourné vers le mur. Jamais, avant la maladie actuelle, il n'avait éprouvé de douleurs.

État actuel, 20 mai. — Taille élevée; constitution robuste; embonpoint ordinaire; muscles bien développés; cheveux roux, abondants; teint bien coloré; face naturelle.

Les douleurs signalées plus haut persistent avec toute leur intensité; elles s'accompagnent d'élancements très douloureux qui, partant du creux axillaire, passent au-devant du moignon de l'épaule, la contournent en remontant, et vont se porter au côté gauche du cou. Il existe de l'engourdissement et un sentiment de froid à la partie externe du bras, aux régions externe et postérieure de l'avant-bras, surtout dans le tiers inférieur, et dans le doigt indicateur. Toutes

ces parties ne présentent rien d'anormal dans leur forme, leur volume, leur couleur, etc., etc. — Les mouvements, même étendus, n'augmentent que très peu la douleur de l'aisselle. — La pression, exercée avec soin sur le plexus brachial et ses branches de terminaison, rencontre un seul point douloureux qui siège au sommet du creux axillaire, près de la tête de l'humérus. — Pas de céphalalgie.

Appétit conservé; pas de soif; selles régulières. — Pouls à 60, souple, rég., sans développement anormal. Chaleur naturelle. (*Bourr., miel; bain; frict. 2 f. par jour (pour la gale), avec la pommade sulf. alcal.; 1/4.*)

21 *mai.* — Un peu d'amélioration. Les élancements sont moins fréquents qu'hier; ils ont lieu lorsque le malade tourne la tête à droite, et partent de l'aisselle pour aller se perdre sur les côtés du cou, en suivant le trajet indiqué. Si la tête est tournée à gauche, pareil effet n'a point lieu. — Depuis hier, il y a aussi quelques légers élancements qui de l'aisselle s'irradient sur les faces antérieure et externe du bras. Le reste *id.*

22 *mai.* — Aucun changement. (*Id., plus 2 vésicat. vol. l'un sur le moign. de l'épaule, l'autre à l'insert. humérale du deltoïde.*)

24 *mai.* — Le malade se trouve beaucoup mieux; cependant il éprouve par moment des élancements très vifs sur le trajet du nerf circonflexe. (*Bourr. miel.; bain; frict.; vésicat. derr. le moign. épaule; 1/4.*)

25 *mai.* — Élancements moins vifs et moins fréquents. Ils partent du côté du cou, traversent l'aisselle, passent au-devant du moignon de l'épaule, et suivent le trajet du nerf cubital et de ses principales divisions; le malade lui-même indique très bien ce trajet. Le sentiment de froid et l'engourdissement, signalés le premier jour, existent à peine. La pression est toujours douloureuse au sommet de l'aisselle. (*Bourr. miel; bain; frict.; vésicat. vol. sur le point doul. axill.; 1/2.*)

26 *mai.* — Tout est presque entièrement dissipé; le point axillaire est à peine douloureux à la pression. — Appétit.

28 *mai.* — Quelques élancements dans la fosse sus-épineuse gauche. (*Vésicat. vol. fosse sus-épin.*)

29-30 *mai.* — Il ne reste qu'un peu de roideur dans l'articulation de l'épaule. L'état général est satisfaisant, comme il l'a toujours été du reste.

31 *mai.* — La nuit, quelques élancements vagues, augmentés par les mouvements, et siégeant dans l'épaule. — Nulle douleur à la pression.

Vives démangeaisons aux avant-bras. Pouls à 90, régulier, un peu plein. (*Bourr.; bain; saignée* 300 *gr.;* 1/4.)

1er *juin.* — Pas de couenne sur le caillot de la saignée. — Aucune espèce de douleur.

3 *juin.* — Le malade sort parfaitement bien portant.

Dans ce cas, dont les symptômes sont si bien tranchés, on peut suivre, pour ainsi dire, pas à pas l'envahissement du plexus par la douleur. Celle-ci se fait sentir d'abord dans la partie gauche du cou, puis elle se porte à l'épaule; et enfin, elle parvient au creux de l'aisselle, où elle se fixe de telle manière qu'on croirait qu'elle a abandonné les parties supérieures, si des élancements très vifs n'y remontaient fréquemment et s'il ne restait encore un peu de douleur dans les mouvements.

Bien que les élancements et l'engourdissement ne se fissent sentir, dans la partie inférieure du bras et dans l'avant-bras, que dans la direction du nerf cubital, il n'est pas possible d'affirmer que les filets propres à ce nerf étaient seuls affectés dans le plexus lui-même. Le point douloureux du creux de l'aisselle occupait, en effet, une assez grande étendue, et vers le cou, le malade indiquait comme étant le siége des douleurs, la partie externe des dernières vertèbres cervicales.

Il n'y a eu dans ce cas qu'un seul point douloureux fixé au sommet de l'aisselle, à l'endroit où le plexus côtoie l'articulation scapulo-humérale; mais ce point a été constant, bien limité, et extrêmement sensible à la pression, qui souvent donnait lieu aux élancements. Ceux-ci, qui se reproduisaient fréquemment d'une manière spontanée, se portaient généralement du creux de l'aisselle vers le cou, c'est-à-dire que la névralgie était ascendante, suivant une expression employée dans ces derniers temps.

La violence de la douleur était telle que le malade se sentait hors d'état de se livrer à aucun travail, ce qui l'avait engagé à entrer à l'hôpital; car, du reste, toutes ses fonctions s'accomplissaient très bien. On a dû remarquer la marche capricieuse de la maladie dans les premiers jours, jusqu'à ce que, après s'être montrée tour à tour violente et légère, la douleur acquit son *summum* d'intensité en se fixant au creux axillaire. Bien loin de paraître devoir se dissiper spontanément, elle fit chaque jour des progrès jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Mais le premier jour elle diminua un peu de violence, soit sous l'influence du repos, soit par l'effet du bain. Cette amélioration ne continua pas le jour suivant, et il fallut recourir à des moyens plus actifs.

Quatre vésicatoires volants, appliqués : les deux premiers derrière le moignon de l'épaule, et au niveau du deltoïde où les élancements venaient retentir; le troisième sur le point douloureux axillaire lui-même, et le quatrième sur la fosse sus-épineuse, enlevèrent successivement la douleur dans ces divers points, en sorte qu'après avoir, dès le premier jour de cette application, éprouvé une amélioration des plus notables, ce sujet

put être considéré comme guéri dès le septième jour du traitement. Le 29, en effet, il ne restait qu'un très léger sentiment de roideur dans l'épaule, et il n'y avait nulle douleur à la pression. Quelques élancements vagues, qui survinrent deux jours après, furent trop fugaces pour qu'on puisse leur accorder la moindre importance.

Dans l'observation suivante, bien qu'on n'ait pas constaté, d'une manière précise, la présence de la douleur dans le plexus lui-même, tout porte à croire que c'est lui qu'elle a d'abord envahi.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-brachiale gauche, succédant à une pleurodynie du même côté ; guérison par les vésicatoires volants.

Aug. Schmitt, domestique, âgée de 50 ans, veuve, est entrée à l'hôpital Beaujon le 19 mai 1840.

Cette femme, toujours bien réglée, assure n'avoir jamais été malade ; une fois seulement, dit elle, elle a eu, il y a quatorze ans, une inflammation de bas-ventre. Elle a toujours travaillé et joui d'une bonne santé jusqu'au 15 de ce mois.

Ce jour-là, elle descendit dans une cave, et s'y sentit saisie par le froid. Elle n'était néanmoins pas en sueur. Dans le reste de la journée et pendant la nuit suivante, elle éprouva des frissons irréguliers, du malaise, de l'inappétence. Le lendemain, céphalalgie, perte complète de l'appétit ; douleurs dans la partie gauche du dos et sous le sein correspondant, augmentant dans les efforts de la respiration ; pas de toux. Cet état persista les jours suivants, et la malade, qui ne fit aucun traitement, continua à travailler jusqu'au 18 mai, où elle se vit forcée de garder le repos, à cause de l'intensité des douleurs.

État actuel. — 20 *mai.* — Taille élevée; cheveux châtains; yeux bruns; embonpoint ordinaire; constitution bonne; face naturelle.

Les douleurs déjà indiquées persistent; en arrière, à gauche, elles occupent le long du rachis tout l'espace compris entre la 3ᵉ et la 9ᵉ côte. Dans cette étendue, la pression, le pincement des muscles, exaspèrent la douleur qui augmente aussi dans certains mouvements du tronc. Au-dessous du sein gauche, il n'y a qu'une très légère douleur ressentie seulement dans les grandes inspirations. Sonorité normale et respiration pure dans tous les points de la poitrine. Pas de toux.

Léger enduit jaunâtre sur la langue. Peu de soif; inappétence; pas de nausées; pas de selles depuis trois jours. — Pouls à 80; souple; régulier; légère moiteur. (*Bourr. miel, 2 p.; saignée de 300 gr.; lav. de lin.; diète.*)

21 *mai.*—La malade se met plus facilement sur son séant; cependant la douleur persiste encore, et de plus, il y a de l'endolorissement dans les attaches inférieures du trapèze, dans celles du rhomboïde, et dans le moignon de l'épaule du côté gauche. La douleur augmente très légèrement par la pression, sans qu'il y ait aucun point bien circonscrit. Pas de céphalalgie.

Un peu d'appétit; langue naturelle; ventre indolent; hier, une selle assez abondante après un lavement. Pouls à 84, souple, régulier; chaleur naturelle. Le sang de la saignée offre un caillot assez ferme, peu rétracté, couvert d'une couenne très mince, demi-transparente et d'un jaune verdâtre. (*Bourr. miel; 6 ventouses scarif. sur la part. doul. du dos; 2 bouill.*)

22 *mai.* — Disparition presque complète des douleurs; mouvements faciles; appétit bon; pas de fièvre. (*Bourr.*; 1/8.)

23 *mai.* — Il n'y a plus de douleur dans le dos; mais toute la nuit, la malade a été privée de sommeil par des élancements revenant à de fréquents intervalles, et par une

douleur sourde, continue, siégeant à la face dorsale du cinquième métacarpien gauche, s'irradiant parfois dans le petit doigt correspondant. Ces parties ne sont actuellement le siége que d'un sentiment d'engourdissement; la pression y détermine un peu de douleur, sans qu'il y ait de point bien déterminé. — Le reste *idem.*

24 *mai.* — Hier, dans la journée, apparition de douleurs lancinantes, d'abord légères, puis devenant peu à peu plus intenses; elles partaient de la partie interne du pli du bras gauche, s'étendaient le long de l'avant-bras en suivant exactement le trajet du nerf cubital, et se perdaient dans la main; dans l'intervalle des élancements, il y avait dans ce trajet des picotements incommodes. Elle a éprouvé aussi des douleurs, mais moins marquées, à la région antérieure et externe de l'avant-bras; elles partaient de l'épicondyle et ne dépassaient pas la partie moyenne du radius. Ces accidents ont donné lieu à de l'insommie, et par suite à un peu de fatigue.

Maintenant, les douleurs persistent, quoique moins vives, et se réveillent avec une certaine intensité dans les mouvements du membre. A la pression, on trouve trois points douloureux : l'un, dans la hauteur de 4 centim, s'étend en avant depuis l'épicondyle, jusqu'à l'espace interosseux; l'autre siége à la partie supérieure du cubitus, à 3 centim. au-dessous de l'épithrochlée, sur le bord interne de l'os; le troisième existe au-devant de l'extrémité inférieure du cubitus. — Reste *idem.* (*Bourr.*; 1 *vésicat. sur chaq. point doul. du cubitus*; 1/4.)

25 *mai.* — Depuis hier soir, amélioration notable; plus d'élancements; il ne reste que quelques battements par intervalles dans le trajet du nerf cubital et des picotements assez vifs aux points occupés par les vésicatoires.

26 *mai.* — Vives douleurs du bras pendant la nuit; elles consistaient en un sentiment d'engourdissement douloureux, sans élancements.

Les règles, attendues ces jours-ci, n'ont point paru. Pouls à 84, régulier. (*Bourr.*; 10 *sangsues à l'anus.*)

28 *mai.* — Plus de douleurs à l'avant-bras; vers le tiers inférieur du cubitus, au-dessus du vésicatoire, légère tuméfaction circonscrite de la peau qui est un peu rouge et douloureuse, même à la pression.

Cette nuit, douleurs lancinantes en arrière et à gauche de la poitrine, se dirigeant d'arrière en avant, et contournant cette cavité. Aujourd'hui, on constate un point douloureux à la pression près du rachis, dans le quatrième espace intercostal, et l'autre, dans la partie antérieure de ce même espace. Pas de toux; respiration normale. La malade se met facilement sur son séant.—Règles non apparues. (*Bourr.*; 1/4.)

29 *mai.* — La tuméfaction de l'avant-bras n'existe plus. Douleurs intercostales beaucoup diminuées; il ne reste que le point postérieur. — Pas de selles depuis cinq jours. Sueurs excessivement copieuses cette nuit. (*Bourr.; lav. de lin; vésic. vol. au point doul. dorsal*; 1/4.)

30 *mai.* — Pas de douleurs spontanées, ni à la pression, dans aucune partie des membres ou du tronc. Santé parfaite. La malade sort.

Ce qui me paraît devoir attirer l'attention dans ce fait, c'est la succession des deux douleurs qui ont siégé dans la poitrine et dans l'avant-bras. La première est survenue après un refroidissement suivi de frissons, de malaise, d'inappétence. Elle s'est accompagnée de céphalalgie, de gêne de la respiration et d'un léger mouvement fébrile. Son siége a été remarquable par son étendue; elle occupait, en effet, presque tout un côté de la poitrine; elle était plus forte aux attaches des muscles, n'augmentait pas considérablement par la pression, était principalement exaspérée par les mouvements, n'offrait pas de points circonscrits, et surtout pas d'é-

lancements. Ce sont là évidemment les caractères de la pleurodynie aiguë.

Mais dès que cette douleur thoracique s'est dissipée, il en survient une autre bien différente. Celle-ci ne s'accompagne ni de malaise, ni d'inappétence, ni d'aucun mouvement fébrile, bien qu'elle soit assez forte pour causer de l'insomnie. Elle est limitée dans le trajet des nerfs radial et cubital, et surtout de ce dernier; elle offre des points douloureux à la pression très vifs et très circonscrits ; il y a enfin des élancements violents : la névralgie est évidente.

Y a-t-il eu, entre ces deux affections douloureuses, un rapport, une liaison quelconque ; ou leur succession si rapide n'est-elle que l'effet du hasard ? La première manière d'interpréter ce fait me paraît devoir être adoptée. La douleur thoracique occupait non seulement les parois de la poitrine, mais la partie postérieure et inférieure du cou ; son passage dans le plexus cervical était donc facile; aussi, faut-il remarquer, qu'avant de se fixer dans l'avant-bras, elle s'est fait sentir dans l'épaule, où elle a été assez intense. On a donc pu suivre exactement sa marche, et il ne s'est passé qu'une demi-journée entre la disparition de la douleur dans l'épaule et son apparition dans l'avant-bras. Ce fait, qui n'est pas le seul de ce genre, comme on le verra dans l'observation suivante, vient à l'appui de l'opinion qui considère le rhumatisme musculaire et la névralgie comme deux maladies très voisines l'une de l'autre, et ayant beaucoup d'éléments communs; car la pleurodynie, en changeant de siége, est devenue une névralgie. Mais, dira-t-on, cette douleur thoracique n'est-elle pas elle-même une névralgie, une de ces névralgies intercostales

décrites dans ces derniers temps? On peut répondre qu'il est rare de trouver les signes de la pleurodynie plus tranchés que dans ce cas; c'est ce que j'ai fait ressortir plus haut. Il faut donc admettre, ou que la pleurodynie, quelle que soit sa forme, est une névralgie des parois thoraciques, ou que c'est bien un rhumatisme musculaire qui s'est transporté sur les nerfs pour y occasionner une névralgie. C'est sans doute un cas de ce genre qui s'est présenté à l'observation du docteur Bloglia dal Persico (1). Cet auteur, sous le titre de névralgie scapulaire, irrégulière et rémittente, cite le fait suivant : « *A la suite d'une affection rhumatismale* des parois thoraciques, M. S., âgé de 23 ans, fut pris d'une névralgie scapulaire gauche, dont les accès étaient irréguliers et rémittents. Saignées, purgatif, etc., inutiles. Guérison en trois jours par l'eau de laurier-cerise. » Sans doute, il faudrait, pour bien asseoir son opinion, des détails qui nous manquent entièrement; mais j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapprocher ce fait du précédent.

D'après l'observation qui fait l'objet de ces réflexions, il semble positif que la névralgie une fois bien caractérisée, est restée limitée dans les nerfs radial et cubital. Cependant, je ne peux m'empêcher de conserver quelques doutes, par la raison qu'il n'est pas dit formellement qu'on ait recherché, à l'aide de la pression, s'il existait des points douloureux ailleurs qu'à l'avant-bras. Quoique j'aie suivi attentivement la malade, mes souvenirs sont très peu précis à cet égard, et je ne saurais suppléer à cette ab-

(1) Observ. sur l'efficacité de l'eau cohobée de feuilles de laurier-cerise dans les névralgies, *in Archiv. gén. de méd.*, t. III, 1833. Extrait des *Annali universali di med.*, 1832. Obs. VI.

sence de détails. L'embarras dans lequel on se trouve si souvent pour de pareils motifs prouve qu'on ne saurait apporter trop de soin dans la constatation des signes, aussi bien négatifs que positifs, des maladies que l'on observe.

Je ne ferai aucune réflexion sur l'emploi des vésicatoires volants, la rapidité avec laquelle la douleur a disparu après leur application a dû nécessairement frapper le lecteur.

Dans l'observation suivante, il y a eu aussi succession de deux affections douloureuses, ce qui m'a engagé à la rapprocher de celle qu'on vient de lire.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Névralgie brachiale droite, précédée d'une douleur vive dans les parois du thorax.

Marg. Renard, domestique, âgée de 23 ans, est entrée à l'hôpital Beaujon le 19 juin 1840.

Arrivée à Paris à l'âge de 20 ans, elle y a été, depuis cette époque, assez fréquemment enrhumée. Depuis un an environ, elle éprouve des palpitations fréquentes, revenant facilement sous l'influence d'émotions morales ou d'une fatigue quelconque, mais surtout lorsqu'elle monte un escalier. En même temps elle a de l'oppression, un sentiment de constriction à la partie inférieure du sternum et quelquefois des accès de suffocation. Ces accidents ont nécessité, à plusieurs reprises une suspension de travail et un repos complet. Cette femme a toujours été bien réglée, jusqu'à ces deux derniers mois, pendant lesquels les règles n'ont pas paru. La malade ne sait à quoi attribuer la non-apparition de ses règles; bien que mariée, elle ne se croit pas enceinte.

Le 10 juin dernier, étant assez bien depuis quelque temps, elle fut prise de fièvre, de palpitations fréquentes, de douleurs dans la moitié inférieure du sternum et dans l'épigastre, avec quelques nausées par intervalles et diminution marquée de l'appétit. Elle cessa alors son travail, mais sans garder le lit. Elle n'a fait aucun traitement.

État actuel. 20 *juin.* — Taille élancée; cheveux châtains; peau peu colorée; maigreur assez marquée; constitution assez bonne. Sens et intelligence intacts; face naturelle.

L'auscultation et la percussion donnent un résultat satisfaisant dans toute l'étendue de la poitrine. Ni toux, ni palpitations. La malade dit cependant avoir de l'oppression au moment de l'examen. — Ventre plat, bien conformé, légèrement douloureux à la pression vers l'hypogastre; à l'épigastre, douleur vive qui s'étend en haut dans la moitié inférieure du sternum. Elle augmente par la pression, les mouvements de flexion du tronc et les grandes inspirations. Inappétence; langue blanchâtre, humide; soif; de temps en temps quelques nausées non suivies de vomissements; pas de selles depuis hier. — Pas de fièvre. (*Till. sir. gom.; poud. de Dower* 0,2 *gr.; lav. de lin; diète.*)

21 *juin.* — Même état. (*Prescription id.; plus* 25 *sangsues à l'épigastre*)

22 *juin.* — Un peu d'amélioration qui persiste jusqu'au 25.

25 *juin.* — Hier, s'étant levée un instant, elle fut prise d'un frisson assez violent qui dura une demi-heure environ, et la força à se recoucher.

Aujourd'hui douleur vive, surtout à la pression, dans l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque du côté gauche; elle augmente par la contraction des muscles de cette région; la palpation ne fait rien découvrir d'anormal. La douleur épigastrique, signalée plus haut, est très faible.

Voies digestives et respiratoires en bon état. (*Lim.; cat. émoll.; diète.*)

Du 26 *au* 29. — Amélioration rapide; convalescence. La malade est au *quart* de portion.

30 *juin.* — Hier à une heure après-midi, sans cause connue, violent frisson qui dura une heure, et fut suivi de chaleur. En même temps, il survint dans l'aisselle du côté droit une douleur vive, qui ne tarda pas à prendre une grande intensité. A quatre heures elle était à son *summum.* Elle s'accompagnait d'élancements qui revenaient à de courts intervalles, et qui partaient du creux axillaire pour s'étendre avec rapidité jusqu'aux doigts, en suivant le trajet indiqué plus bas. La nuit, bien que diminués de force et de fréquence, ils empêchèrent complétement le sommeil.

Aujourd'hui, élancements partant du creux de l'aisselle droite, suivant exactement au bras et à l'avant-bras le trajet du nerf cubital : tantôt s'arrêtant au niveau du poignet, tantôt s'étendant au petit doigt et à l'annulaire. Dans l'intervalle des élancements, la malade éprouve dans ces deux doigts de l'engourdissement et de la formication ; en même temps, il y a dans l'aisselle une douleur sourde et continue.

La pression est douloureuse dans trois points très circonscrits : le premier situé dans le creux axillaire vers l'extrémité supérieure de l'humérus ; le second à l'épitrochlée ; et le troisième à la partie inférieure et antérieure du cubitus, près de son apophyse styloïde. Les mouvements imprimés à l'articulation de l'épaule réveillent sur-le-champ les élancements, et augmentent momentanément leur fréquence et leur intensité. Ni gonflement, ni rougeur, ni tuméfaction dans ces parties. — Expression de souffrance sur la physionomie. Peau luisante, injectée, moite. Pouls à 112, vif, régulier. Soif. (*Lim.* 2 *p.;* 2 *pil. de poud. de Dower*, 0,2 *gr.; diète.*)

Du 1 *au* 3 *juillet.* — Même état des douleurs; celles de l'aisselle ont perdu cependant un peu de leur intensité. (*Même prescript.*)

4 *juillet.* — Nuit assez bonne. Les douleurs de l'aisselle ont diminué graduellement depuis hier, de telle sorte qu'i-

tuellement, soit spontanément, soit à la pression, la malade n'y éprouve aucune souffrance. Les élancements ne partent plus de l'aisselle, mais du coude, et suivent le trajet indiqué. Ils deviennent moins fréquents et moins douloureux. La pression est toujours aussi douloureuse aux deux points signalés à l'avant-bras. Pas d'appétit.—Pas de fièvre. (*Lim.* 2 *p.*; 2 *pil. Dower*, 0,2 *gr.*; 2 *bouill.*)

5 *juillet.* —Quelques élancements peu intenses, revenant à de longs intervalles. Disparition presque complète des points douloureux à la pression. —Reste *id.*

6 *juillet.* — Aucune trace de douleur, soit spontanée, soit à la pression, dans le membre thoracique droit. — Nausées sans vomissements; inappétence; constipation; pas de fièvre.

13 *juillet.* — Les symptômes gastriques se sont dissipés en peu de jours. Quant aux douleurs névralgiques, elles n'ont pas reparu, et la malade sort parfaitement guérie.

Il y a eu encore, chez cette malade, deux affections consécutives, et sauf une légère différence dans le siége de la maladie, ce cas et le précédent sont identiques, en sorte que les mêmes réflexions leur sont applicables. Il faut remarquer, toutefois, que dans ce dernier cas la douleur thoracique était plus éloignée de la naissance du plexus brachial, puisqu'elle avait son siége dans la partie inférieure de la poitrine et dans l'épigastre, et non plus dans la région scapulaire. De plus, nous n'avons pas vu, chez cette malade, la douleur gagner le plexus en passant par l'épaule comme chez l'autre, en sorte que le transport de la pleurodynie sur les nerfs du bras est moins évident.

Mais laissons là ces questions toujours très difficiles, et considérons ce cas de névralgie brachiale, sous les

rapports du siége des points douloureux et du traitement.

Les points douloureux à la pression se trouvaient dans le creux axillaire, sur l'humérus, à l'épitrochlée et à l'articulation du poignet, au-devant du cubitus. Ces trois points, nous les avons rencontrés dans l'observation précédente; ils avaient absolument le même siége. Mais n'en existait-il pas d'autres? Je regrette que l'observation ne réponde pas au moins négativement à cette question, et je n'oserais dire que dans le cou, le moignon de l'épaule et peut-être dans d'autres régions, la pression convenablement exercée n'eût découvert quelque autre point qui aurait prouvé que la névralgie était moins bien circonscrite dans le nerf cubital qu'elle ne le paraissait d'abord. Si l'on était surpris d'un pareil doute, je rappellerais que les points douloureux à la pression, dans les névralgies, ne sont pas toujours très faciles à découvrir, quoique évidents; qu'il faut les chercher avec soin et avec méthode, et que, s'il en était autrement, on ne concevrait pas comment tant d'observateurs distingués, qui ont fixé leur attention sur les névralgies, auraient pu méconnaître si complétement les effets de la pression dans ces maladies. Au reste, ce que j'ai dit à propos de cette observation, d'ailleurs abondante en détails utiles, s'applique aussi, et à bien plus forte raison à celles qu'ont citées les auteurs, et dans lesquelles le trajet des élancements est seul indiqué d'une manière convenable. Il est possible que la névralgie ait eu un siége aussi bien limité qu'ils l'ont avancé, mais il n'est pas prouvé que dans un certain nombre de cas les limites n'aient pas été franchies.

Le traitement a été bien peu actif, puisqu'on n'a

employé que la poudre de Dower à la dose de 0,2 grammes, et cependant la névralgie a disparu en peu de jours. Faut-il attribuer cette disparition à la poudre de Dower? Il est difficile de le croire, lorsque l'on songe au peu d'efficacité de ce médicament dans les névralgies; il me paraît bien plus probable que la maladie s'est dissipée spontanément, ce qui a lieu dans un certain nombre de cas, comme on l'a vu dans la description de la névralgie trifaciale (observ. 1re), et comme on le verra encore dans d'autres. On est porté à admettre que dans ce cas, comme dans l'observation première, la névralgie était liée à un trouble dans les fonctions digestives et qu'elle s'est dissipée avec lui; car, je le répète, l'emploi de la poudre de Dower, même à des doses plus fortes, ne compte pas un seul succès.

Après avoir présenté les observations qui me sont propres, je vais en rapporter quelques unes qui appartiennent à divers auteurs, et qui offrent un assez grand intérêt, bien que les détails soient souvent insuffisants. La suivante, qui se trouve dans le mémoire de M. Martinet, est une des plus importantes.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie brachiale du côté droit; traitement par l'huile essentielle de térébenthine; guérison.

Un tailleur, âgé de 62 ans, sujet aux névralgies, est pris, vers la fin de septembre 1817, d'une douleur qui, ayant son point de départ à l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, s'étend le long de la face postérieure de cet os, en remontant vers la crête sus-épineuse, et après avoir con-

(1) Extraite du mémoire de M. Martinet; obs. XVI.

tourné le côté externe du bras, se répand sur sa face antérieure, traverse le milieu de l'articulation du coude, et descend le long du bord radial à deux travers de doigt au-dessus de la tubérosité inférieure du radius; parvenue dans cet endroit, la douleur se contourne de nouveau sur la face dorsale du poignet, pour aller se terminer au pouce et à l'index. Au moindre contact de l'angle inférieur de l'omoplate, la douleur se propage à l'instant jusqu'à la saignée, en suivant le trajet indiqué. Le même phénomène a lieu lorsqu'on touche légèrement le nerf musculo-cutané externe au pli du bras; la douleur se répand aussitôt le long du radius jusqu'au pouce et à l'index : on la développe également à un très haut degré, et à volonté, en comprimant ce nerf dans les autres points de son étendue. Le malade la compare à un panaris qui aboutit, à la sensation qui résulte de la contusion du nerf cubital : il éprouve constamment dans le trajet désigné un sentiment de formication et des élancements qui se font ressentir particulièrement la nuit. Le 6 novembre, il commence l'usage du miel térébenthiné (*miel rosat* ℥ iv; *huile de térébenthine*, ʒij), à la dose de trois cuillerées par jour, sans en éprouver d'autre effet qu'une diminution graduelle de ses souffrances. Le 10, cinquième jour du traitement, la pression des diverses régions du nerf ne développe plus aucune douleur; les mouvements de pronation et de supination, naguère impossibles, deviennent faciles; le 12, la guérison est parfaite. Depuis, cet homme n'a point éprouvé de rechute.

M. Martinet donne à cette névralgie le nom de suscapulaire et musculo-cutanée externe, et le trajet des douleurs justifie ces dénominations. Cependant, on peut croire qu'un examen plus attentif aurait fait connaître des points douloureux qui ont échappé à l'exploration, et alors le siége de la névralgie eût été moins circonscrit. C'est au reste le premier cas dans lequel nous

voyons le nerf musculo-cutané atteint; et, d'après les faits que j'ai consultés, je peux dire que cette espèce de névralgie n'est pas la plus commune.

La facilité avec laquelle les douleurs lancinantes se réveillaient lorsqu'on pressait même légèrement sur l'angle inférieur de l'omoplate, et sur le point du pli du bras où passe le nerf musculo-cutané, est assurément bien digne de remarque, et voilà un cas qu'il faut joindre à tant d'autres dans lesquels la pression convenablement exercée a été bien loin de calmer les douleurs. Nul doute que si pareille expérience eût toujours été faite, on ne fût bientôt arrivé à poser en principe précisément le contraire de ce qui est si généralement admis.

Je dirai peu de chose ici de l'emploi de la térébenthine et de ses résultats; c'est un point sur lequel je reviendrai à l'occasion du traitement de la sciatique. Je me bornerai à faire remarquer que rien, au moment où le miel térébenthiné a été mis en usage, n'annonçait une terminaison favorable; car depuis plus d'un mois que la maladie durait, elle n'avait rien perdu de sa violence.

L'observation suivante que j'emprunte à M. Piorry (1), mérite de trouver sa place ici, à cause du traitement mis en usage et des résultats qu'il a eus.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Névralgie brachiale du côté gauche; guérison par le sulfate de quinine.

M. Desm..., âgé de plus de 70 ans, ancien notaire, a beaucoup d'embonpoint, le ventre très volumineux, le cou

(1) *Gaz. Méd.*, 1833.

court; les artères sont larges, le cœur très gros, surtout à gauche. A part une dyspnée qui lui est habituelle, et qui fait qu'avec peine il monte un escalier, sa santé générale est bonne.

M. D... éprouva, à la fin de 1829 et dans les premiers mois de 1830, une douleur excessivement vive qui, partant de la partie postérieure et interne de l'articulation huméro-cubitale gauche, s'étendait subitement le long de la partie interne de l'avant-bras, se portant jusque vers la partie externe du médius et sur les deux côtés de l'annulaire et du petit doigt. Elle consistait dans un engourdissement, un fourmillement insupportable, et tout-à-fait semblable, suivant le rapport du malade, à la sensation que l'on éprouve quelquefois lorsqu'on se heurte le coude contre un corps dur. Cette douleur, qui n'avait pas d'intermittence, mais où il y avait seulement et pendant la nuit des exacerbations, était excessive, et la moindre pression comme le plus léger mouvement, en augmentait l'intensité.

Depuis plusieurs années, M. D... avait consulté des médecins, d'ailleurs fort habiles, qui prescrivirent des pilules de Méglin, des narcotiques et des antispasmodiques variés, mais ces moyens ne produisirent pas même de soulagement.

Le 22 mars 1830, M. le docteur L. E. Olivier, neveu du malade, et moi, nous vîmes M. D... en consultation, et à cette époque la douleur était arrivée au plus haut degré d'intensité. (30 *sangsues et un catapl. sur le membre; repos de celui-ci.*)

Le matin du 23, disparition complète des accidents; mais à minuit ils reparaissent avec une nouvelle violence, et se dissipent au jour. Le lendemain, nouvelle application de sangsues, nouveau calme; mais la nuit suivante, à la même époque, réapparition des douleurs. (*Sulf. quin.* 12 *grains, en* 3 *doses; la première et la plus forte commençant à l'époque la plus reculée de l'accès à venir, et les deux autres toutes les trois heures.*)

L'accès manque la nuit suivante ; le sulfate de quinine est continué, et la maladie paraît guérie.

Le 9 *avril*, à minuit, menace de suffocation ; pouls vibrant, face bouffie, orthopnée, accidents des maladies du cœur au plus haut degré, douleur excessive, et *de même nature que celle qui existait à l'avant-bras*, se portant vers la région du cœur. Une copieuse saignée calme les symptômes. Pendant le jour, le malade est bien ; mais à minuit la suffocation reparaît et se reproduit encore à la même heure le troisième jour. (*Emploi du sulfate de quinine comme la veille.*)

Pendant long-temps l'accès d'asthme ne reparaît plus. Cependant, au mois de juillet, la douleur du bras reparaît toujours à minuit ; elle cède au sulfate de quinine, mais se reproduit bientôt dans le nerf sous-orbitaire droit. L'examen attentif des dents par un dentiste et par moi ne fait pas découvrir de carie. Le sel de quinine est de nouveau prescrit, et la névralgie, qui se reproduisait toujours à la même époque, se dissipe encore.

Au mois de janvier 1831, la douleur du bras reparaît, puis celle du cœur, et cela toujours à la même heure. (*Emploi du sulfate de quinine qui réussit, comme il l'avait fait précédemment.*)

Au mois d'avril suivant, les accidents du côté du cœur reparurent encore ; M. le professeur Andral vit ce malade en consultation, et fut d'avis d'employer de nouveau le sulfate de quinine, qui arrêta encore les accès d'asthme ou plutôt d'angine de poitrine.

Enfin quelques jours après la douleur névralgique se déclare dans la fosse canine droite, toujours à la même heure, toujours avec les mêmes engourdissements, le même sentiment de vibration ; elle se rapporte surtout au voisinage de la première petite molaire. Celle-ci est examinée de nouveau, et une épingle fine et recourbée, introduite entre cette dent et celle qui la suit, y fait découvrir une carie profonde.

Des renseignements nouveaux apprennent alors qu'avant tous ces accidents névralgiques, M. D... a beaucoup souffert de cette dent. Celle-ci est extraite le lendemain; le sulfate de quinine est administré, et plusieurs mois après la maladie n'avait pas reparu.

Bien des détails se font sans doute regretter dans cette observation. Ainsi, l'on ne trouve, sur le début de l'affection et sur ses causes probables, rien qui puisse éclairer le lecteur; il est dit que la moindre pression exagérait les douleurs, ce qui est un renseignement précieux; mais dans quel point la pression était-elle douloureuse? Le siége de la névralgie lui-même n'est pas indiqué avec tout le soin qu'on pourrait désirer; mais, je le répète, c'est sous le rapport du traitement que ce fait offre le plus d'intérêt. Toutefois, je ne dois pas arriver à ce point important sans avoir dit un mot des douleurs qui se sont propagées à la région du cœur, et qui ont par moments donné à cette affection les caractères d'une angine de poitrine. Les connexions qu'ont les branches du plexus brachial avec les nerfs thoraciques internes et externes, les rameaux thoraciques qu'elles envoient elles-mêmes, expliquent très bien cette extension des douleurs à la région précordiale, et leurs communications avec le nerf phrénique, expliquent également les troubles de la respiration. Il eût été curieux de voir si dans ce cas il y avait douleur à la pression auprès des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales; mais l'attention de l'observateur ne pouvait être fixée sur ce point.

Dans les premiers temps on avait eu inutilement recours, pour combattre cette affection, aux émissions sanguines, aux narcotiques, aux antispasmodiques; le

sulfate de quinine, employé dès qu'il parut y avoir des accès réguliers, vint éclairer sur la nature de la maladie, et, dans les nombreuses récidives qui eurent lieu, le même moyen eut le même succès. Il faut néanmoins faire une exception pour la dernière attaque de névralgie, qui fut traitée de telle manière, qu'on ne peut pas avoir une idée arrêtée sur l'effet réel du traitement. Dans ces récidives, la maladie ne restait pas fixée au bras : elle se portait quelquefois du côté de la région précordiale; en dernier lieu elle envahit une branche du nerf trifacial; on trouva une dent cariée, et, en même temps qu'on fit l'extraction de la dent, on administra le sulfate de quinine. Auquel de ces deux moyens doit-on attribuer la guérison? Cette manière d'agir en thérapeutique rend toute conclusion impossible; n'est-elle pas cependant d'un usage bien général?

J'emprunte au même auteur un cas où, la mort étant survenue par suite d'un érysipèle, on a pu constater l'état des nerfs qui avaient été le siége de la maladie.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Névralgie brachiale du côté gauche; emploi des sangsues sur le point douloureux; érysipèle; mort. Les nerfs du bras sont sains.

Une femme sexagénaire entra à la clinique de la Pitié, présentant les symptômes et les signes de l'hypertrophie avec dilatation des cavités gauches du cœur. Elle ressentait en outre et depuis long-temps, dans l'épaule gauche, des douleurs intolérables, qui s'étendaient, comme un trait, dans tout le bras jusqu'aux doigts, dans tout le côté gauche du thorax, et qui produisaient alors un sentiment de constriction dans le cœur et une menace de suffocation. Ces

douleurs ressemblaient parfaitement, pour le caractère, à celles que l'on éprouve lorsqu'on se heurte le nerf cubital au coude. Il y avait des paroxysmes pendant la nuit, mais on ne remarquait pas d'intermittence franche. Des saignées générales calmèrent les accidents du côté du cœur, qui diminua à peine de volume. Des antispasmodiques, des narcotiques, à l'extérieur et à l'intérieur, l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique, furent sans efficacité, et l'on se décida à appliquer trente sangsues au voisinage de l'épaule et de l'aisselle, d'où la douleur névralgique paraissait partir. Celle-ci fut soulagée, mais un érysipèle considérable survint à l'entour des morsures de sangsues; il s'étendit peu à peu, et d'un jour à l'autre, sur le bras, la poitrine, le cou, la face, le cuir chevelu. Il forma en quelques jours une grande surface rouge, tuméfiée, très douloureuse, et séparée des points où la peau était saine, par un limbe plus rouge encore. — Cataplasmes à nu; fomentations, vésicatoire sur le centre de la maladie d'après la méthode du professeur Dupuytren, méthode dont nous nous sommes ailleurs si bien trouvé; rien ne réussit. D'ailleurs des mucosités se déposèrent dans les bronches, le cœur se dilata de plus en plus, et la mort par asphyxie survint.

A l'*autopsie*, les organes furent trouvés dans l'état suivant : les veines du cerveau étaient gorgées de sang noir; le cœur gauche hypertrophié et dilaté; le droit très distendu par du sang; il n'y avait pas plus d'ossification dans les orifices du cœur que dans l'artère coronaire. Le poumon était crépitant, très volumineux, rempli de sang veineux; les bronches contenaient beaucoup d'écume. On trouva un peu de sérosité dans le péricarde; les nerfs du plexus brachial, du bras, du cou et des parois thoraciques disséqués avec le plus grand soin, n'offrirent aucune lésion anatomique en rapport avec la névralgie dont ils avaient été le siége. Les articulations et les muscles du bras gauche étaient intacts.

J'ai à exprimer, relativement à cette observation, les mêmes regrets que pour la précédente, et cela d'autant plus, que la névralgie paraît avoir occupé une grande étendue du plexus brachial, et avoir envahi plusieurs de ses branches. On sent combien il eût été intéressant de bien préciser les points douloureux, au lieu de se borner à indiquer le trajet des élancements.

Cette névralgie a été remarquable par la manière dont elle a résisté aux divers moyens employés ; il est vrai que les plus efficaces, et notamment les vésicatoires volants, n'ont pas été essayés. Les sangsues ont apporté quelque soulagement, mais il n'est pas possible de savoir s'il eût été durable, et même on ne peut s'assurer si le soulagement est réellement dû aux sangsues, ou si l'irritation causée par l'érysipèle commençant n'aurait pas déplacé la douleur. Malheureusement, l'observation ne nous apprend pas ce qu'est devenue la névralgie pendant la durée de cet érysipèle si intense; ce qui, on le conçoit, eût été du plus haut intérêt.

Ce fait était très propre à éclairer l'anatomie pathologique des névralgies, puisque l'affection était dans toute son acuité au moment où est survenu l'érysipèle mortel. Si la névralgie avait réellement quelques caractères anatomiques qui lui fussent propres, on aurait dû les trouver dans ce cas ; mais il n'y avait absolument rien qui pût expliquer les douleurs si aiguës ressenties par la malade, et ce fait doit être ajouté à tant d'autres qui prouvent que la névralgie est une simple lésion de fonctions.

Il me serait possible de rassembler un plus grand nombre de faits, en faisant de nouveaux emprunts aux

auteurs; mais, en parcourant les autres observations publiées, je n'en ai rencontré aucune qui pût être comparée aux précédentes, pour le nombre et la précision des détails. Ce serait donc tomber dans des longueurs inutiles que de donner place, dans cet article à ces faits incomplets et insuffisants.

ART. III. — DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE.

Siége. Souvent les auteurs négligent d'indiquer dans leurs observations, quel est le *côté* affecté par la névralgie. Dans onze cas qui en font mention parmi ceux que j'ai consultés, sept fois l'affection occupait le côté gauche et quatre fois le côté droit (1). Je n'ai point rencontré d'exemples de névralgie cervico-brachiale double.

Quant au *siége* précis de cette affection, on a vu qu'il était très variable. Ainsi, dans les trois premiers faits, les douleurs occupaient une grande partie du plexus brachial, elles s'étendaient depuis la partie latérale et inférieure du cou jusqu'au poignet. Dans deux autres cas (observ. XXIV et XXV), la névralgie une fois établie, est restée fixée dans la portion brachiale du plexus, occupant en haut le creux axillaire, et en bas, principalement le nerf cubital. Mais, d'après ce que j'ai dit relativement aux symptômes éprouvés dans un de ces cas, lors du passage de la maladie du thorax au bras, on ne saurait douter que la partie supérieure du plexus n'ait été momentanément affectée ; dans l'autre,

(1) On pense bien que je n'ai pas la prétention de tirer des conclusions rigoureuses d'un aussi petit nombre de faits ; si je donne des chiffres, c'est pour qu'ils puissent servir à l'histoire de la maladie, en s'ajoutant plus tard à des nombres plus considérables.

le fait n'a pas été constaté, mais est-il bien sûr que l'exploration ait été suffisante? Chez les autres sujets, auxquels j'en joindrai trois dont l'histoire abrégée se trouve dans le mémoire de M. Martinet, le siége a été circonscrit, suivant les observateurs, dans le nerf cubital une fois (obs. XXVII), dans le nerf cutané externe deux fois (Martinet); dans les nerfs sus-scapulaire et musculo-cutané, une fois (*id.*); dans toute la longueur du plexus brachial, une fois (obs. XXVIII).

On pourrait croire, d'après ce qui précède, que dans la majorité des cas la névralgie brachiale se trouve concentrée dans une des branches de terminaison du plexus brachial. Mais, comme je l'ai déjà fait remarquer plusieurs fois, et comme je dois le redire encore, on ne peut accorder quelque confiance aux observations de névralgie, relativement au siége précis de la maladie, que lorsqu'elles offrent tous les détails nécessaires pour prouver que l'exploration a été faite avec le plus grand soin dans toute l'étendue de la région affectée. Or, le plus souvent, on s'est borné à constater le siége de la plus vive douleur et le trajet principal parcouru par les élancements, sans rechercher à remonter à la source. J'ai maintenant sous les yeux trois de ces névralgies brachiales dans lesquelles les élancements parcourent toute l'étendue du membre, après avoir pris leur point de départ dans les parties latérales du cou, à la partie inférieure duquel on trouve un point douloureux à la pression.

Points douloureux. — La dissémination de la douleur en points isolés dans la longueur du bras, est des plus évidentes dans les observations qui me sont propres; sous ce rapport, cette névralgie ne diffère pas des autres maladies de la même espèce. Mais quel était le siége

précis de ces points douloureux? Le plus remarquable est sans contredit celui qui existait à la partie supérieure du creux axillaire ; il a été, en effet, noté dans quatre des cinq observations qui me sont propres (obs. XXI, XXII, XXIII, XXV), et une de celles qui appartiennent aux auteurs en fait mention (obs. XXVIII) ; on peut lui donner le nom de *point axillaire*. Vient ensuite celui qui a été trouvé autour de l'épitrochlée, dans l'endroit où le nerf cubital contourne cette éminence (obs. XXI, XXII, XXIV, XXV) ; c'est le *point épitrochléen*. Il en est un autre que l'on peut mettre sur la même ligne, et qui existait aussi dans le nerf cubital ; je veux parler de celui qu'on découvrait au-devant de la partie inférieure du cubitus, à l'endroit où ce nerf devenant plus superficiel passe au-devant du carpe pour se porter dans la paume de la main (obs. XXI, XXII, XXIV, XXV) ; je lui donne le nom de *cubito-carpien*. Dans l'éminence hypothénar et dans l'extrémité des doigts, il a existé, chez une femme (obs. XXI), des points douloureux moins bien circonscrits. Le nerf radial a présenté aussi des points semblables : les deux principaux se trouvaient à l'endroit où ce nerf contourne l'humérus (obs. XXI, XXII), et vers la partie inférieure du radius (obs. XXII). Je ne dois pas oublier de mentionner les trois points qui occupaient l'épaule et la partie latérale et inférieure du cou ; car, bien qu'ils n'aient point fixé assez particulièrement l'attention des auteurs, ils n'en sont pas moins de la plus haute importance, puisqu'ils servent à nous faire connaître toute l'étendue de la maladie. Ces points existaient, 1° un peu en dehors des vertèbres cervicales (observ. XXI, XXII) ; 2° en dedans de l'angle formé par la clavicule et l'acromion (observ. XXI, XXII) ; 3° à la

partie moyenne et supérieure du muscle deltoïde (observ. XXI, XXII). Ils doivent recevoir les noms de *point cervical inférieur*, *point post-claviculaire* et *point deltoïdien*, ou *circonflexe*.

Les divers points douloureux que je viens d'énumérer ne sont sans doute pas les seuls qui puissent exister dans la névralgie brachiale, et même, dans quelques observations, on trouve la partie postérieure de l'épaule, l'épicondyle, le milieu du pli du coude, signalés comme étant le point de départ des douleurs lancinantes. J'en fais mention ici, laissant à une observation plus souvent répétée le soin de fixer leur importance. En se rappelant la description anatomique présentée plus haut, on verra que les points dont il s'agit sont ceux dans lesquels les branches nerveuses se distinguent, soit par leur position devenue rapidement superficielle, comme dans l'aisselle, derrière l'épitrochlée, etc., etc., soit par les rameaux qu'elles envoient à la peau. Il n'y a donc, sous ce rapport, aucune différence entre cette névralgie et les autres maladies du même genre.

Élancements. — Les auteurs n'ont guère fixé leur attention que sur les douleurs lancinantes dont ils cherchaient à apprécier exactement le trajet. Mais, dans les observations que j'ai recueillies, j'ai noté, outre les élancements, une douleur sourde, permanente, qui occupait les divers points mentionnés, et qui quelquefois était plus incommode pour les malades que la douleur lancinante elle-même. C'était de l'un de ces points, ou de plusieurs à la fois, que les élancements partaient pour aller se porter plus ou moins loin; mais dans tous les cas leur marche n'était pas la même. Ainsi, dans l'observa-

tion XXII, ces élancements, nés dans le creux de l'aisselle, se portaient le plus ordinairement vers la partie latérale et inférieure du cou, et quelquefois dans le trajet du nerf cubital. Ce cas était donc un exemple de névralgie ascendante; mais, dans certains moments, la forme changeait un peu; et, au lieu d'un simple courant dans la direction opposée au trajet des nerfs, il y avait un double courant divergent, dont le centre était dans le creux axillaire. Dans la très grande majorité des cas, même en considérant les observations éparses dans les auteurs, les douleurs se portaient de l'extrémité supérieure du membre, à l'extrémité inférieure, en suivant le trajet des nerfs.

Douleur à la pression. — Dans les quatre cas que j'ai recueillis, ainsi que dans trois autres qui sont actuellement sous mes yeux, la *pression* a été exercée, et toujours elle a excité de la douleur dans plusieurs des points qui viennent d'être signalés; les intervalles qui les séparaient étaient au contraire insensibles à la plus forte pression, ou ne participaient à l'exaltation de la sensibilité qu'à un très faible degré. C'est là, comme on sait, un caractère distinctif de la douleur dans les névralgies. Ces points douloureux à la pression peuvent être très nombreux (observ. XXI). Ils étaient beaucoup plus circonscrits derrière l'épitrochlée et au-devant de la partie inférieure du cubitus et du radius, que partout ailleurs; cette différence s'explique facilement par la disposition des nerfs qui, formant un plexus sous l'aisselle, et donnant de très nombreuses branches à la partie latérale et inférieure du cou, y offrent nécessairement à la névralgie un siége d'une étendue plus considérable.

Nerfs principalement affectés. — De tous les nerfs affectés, même lorsqu'une grande partie du plexus semblait être atteinte, le cubital est sans contredit celui qui l'a été de la manière la plus remarquable. Aussi, dans les écrits des auteurs qui ne recherchaient guère que la partie principalement douloureuse, la *névralgie cubitale* tient-elle une grande place. Si l'on voulait accorder autant de valeur au siége des élancements, et si l'on divisait les névralgies en autant d'espèces qu'elles peuvent affecter de branches différentes, il faudrait placer la névralgie cubitale au premier rang. Quant à la fréquence des autres espèces, telles que la radiale, la musculo-cutanée, la médiane, il serait impossible de l'établir un peu solidement avec les observations que nous possédons. Mais, comme je l'ai dit à propos des névralgies précédentes, et comme j'aurai occasion de le redire encore, ces distinctions n'ont pas une importance majeure, car on sait bien que dans un même système de nerfs, et même dans un même nerf, des parties très circonscrites peuvent être atteintes; l'essentiel, c'est de bien reconnaître les points douloureux, et surtout ceux qui sont la source des douleurs. C'est pourquoi, comme pour la névralgie trifaciale et pour la névralgie cervico-occipitale, je n'ai employé pour celle-ci que le nom générique, tout en reconnaissant l'existence d'espèces particulières, fondées principalement sur le siége des élancements.

Douleurs dans d'autres parties du corps. — Quelques sujets ont éprouvé, pendant le cours de leur maladie, des douleurs dans d'autres parties du corps (observ. XXIV, XXV, XXVIII,); je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit relativement à celles qui avaient affecté

la poitrine avant de s'étendre aux nerfs du bras ; mais on a vu que, dans quelques cas, il y avait eu momentanément des élancements, soit dans la région précordiale, soit dans le membre inférieur. Ces faits viennent à l'appui de tant d'autres, qui prouvent que dans les névralgies, la douleur a une grande tendance à occuper plusieurs nerfs à la fois.

État des diverses fonctions. — Je ne dirai rien de l'état des *voies digestives*, parce qu'il n'y a eu évidemment aucun rapport entre les légers troubles fonctionnels qu'elles ont présentés dans deux cas, et la violence des douleurs. Quant aux *voies respiratoires*, il importait de les examiner dans une affection qui peut s'étendre à la partie supérieure du thorax. Les observations recueillies par moi nous apprennent que l'état de la poitrine a été satisfaisant tant qu'il n'y a eu qu'une névralgie brachiale. Dans un cas (observ. XXVII), on a noté, avec les douleurs de la région précordiale, des accès de suffocation. On peut voir dans ce fait une de ces angines de poitrine, dont je parlerai plus longuement à l'occasion de la névralgie dorso-intercostale.

Marche, durée et terminaison de la maladie. — Ces trois points ne sauraient être éclairés par le petit nombre de cas bien détaillés que nous possédons ; mais, si l'on s'en rapporte aux faits que j'ai présentés, la névralgie brachiale ne paraît offrir rien de particulier.

Causes. — Il est encore plus difficile de se prononcer sur les *causes*. Sous ce rapport, les faits précédents ne peuvent guère avoir de valeur qu'en s'associant aux cas de névralgie d'un autre genre, pour servir à l'histoire de la névralgie en général. On a cité des cas dans lesquels cette maladie a été, dit-on, occasionnée par une cause

directe ou externe; mais existait-il alors une véritable névralgie? La réponse à cette question est difficile; cependant, en examinant les faits avec soin, on peut, ce me semble, parvenir à s'assurer que les causes externes ont produit tantôt une névralgie, tantôt une névrite, et tantôt une autre affection simulant la névralgie. L'observation suivante me semble devoir être rangée parmi les cas du premier genre.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION (1).

Névralgie brachiale occupant les branches du nerf médian du côté droit après une brûlure du pouce; emploi du carbonate de fer; guérison.

John Judd, âgé de 13 ans, voulant retirer du feu une saucière qui s'y trouvait placée depuis long-temps, se fit une brûlure intense à l'extrémité du pouce droit. Une ampoule s'éleva immédiatement de la partie affectée, sur laquelle fut appliqué de l'onguent de charlatan. L'enfant se plaignait de souffrir beaucoup, et le jour suivant, la douleur était tellement accrue, que sa mère l'adressa à un apothicaire, qui ponctionna la vésicule, et prescrivit l'application d'un cataplasme. Sous ce topique, l'ampoule se sécha; mais la douleur non vaincue continua, et quinze jours environ après l'accident, l'enfant me fut adressé pour me consulter. A cette époque, la douleur s'était étendue à la hauteur du pli du coude, et dépendait évidemment de l'affection de quelque branche nerveuse. Elle survenait par paroxysmes, qui commençaient dans la partie brûlée, et remontaient le long de l'éminence du pouce et du bord interne du radius, dans le trajet des branches du nerf médian au coude. La douleur était comparée à un enfoncement d'aiguilles, ou d'un instrument aigu, à travers la partie. Les accès survenaient à des

(1) Recueillie par Henry Jeffreys et insérée dans : *The London medical and physical journal* 1823, t. XLIX, p. 372.

intervalles irréguliers, mais ils étaient plus fréquents et plus longs le soir; et la nuit, ils interrompaient fréquemment le sommeil. Pendant le paroxysme, le pouce était souvent affecté de tiraillements et d'agitation. La plus légère pression sur la partie brûlée provoquait un accès de douleur, et le même effet était produit en pinçant ou même en touchant la peau sur le trajet des nerfs affectés. Une expression bien marquée de souffrance était peinte sur la physionomie de l'enfant, mais la santé générale était visiblement bonne. L'extrémité du pouce était encore couverte d'une pellicule d'épiderme épais, sec et brunâtre; celle-ci fut enlevée, et la partie subjacente, aussi bien que le reste du pouce, parut parfaitement guérie.

Le pouce fut enveloppé d'un *emplâtre de savon*; la *poudre de Dower* fut prescrite ainsi que les extraits de *ciguë* et de *jusquiame*. Après un jour ou deux de ce traitement, les paroxysmes de douleur furent moins fréquents et plus supportables; mais ils reprirent bientôt leur première intensité, et l'enfant fut mis à l'usage du *carbonate de fer*, dont il prit *un scrupule* trois fois par jour.

Au bout d'une semaine, les accès étaient devenus beaucoup moins violents, et ne s'étendaient pas au-delà du poignet. La douleur cependant pouvait encore être excitée en pressant ou en pinçant la peau, même à la hauteur du coude. La dose du médicament fut élevée à *un demi-drachme*, et bien supportée. Après quinze jours, les paroxysmes avaient cessé, et il n'y avait de douleur que celle occasionnée par la pression de la peau sur le trajet des nerfs affectés. Ce symptôme fut aussi bientôt dissipé, et au bout de six semaines, le malade étant parfaitement bien, le médicament fut abandonné.

Je l'invitai à venir me voir au plus tôt, si la douleur menaçait de revenir; mais trois mois se sont écoulés depuis que j'ai quitté mon service, et je n'ai rien appris sur lui.

Les douleurs éprouvées par l'enfant dont on vient

de lire l'histoire, étaient-elles réellement de nature névralgique? Si l'on n'avait pour éclairer cette question que l'existence d'élancements parcourant un certain espace, peut-être devrait-on rester dans le doute. Mais ces élancements constituaient des accès revenant à des intervalles plus ou moins éloignés, et il existait une douleur à la pression sur le trajet des nerfs, quoiqu'il n'y eût aucune lésion apparente des tissus. Ces caractères n'appartiennent qu'à la névralgie.

Ici la cause était évidente, et il semble qu'en guérissant la brûlure, on devait faire disparaître rapidement les douleurs qui en étaient la suite. Mais il n'en fut rien; car lorsque le docteur Jeffreys vit le malade, le doigt était complétement guéri, et cependant les douleurs avaient conservé toute leur intensité. N'est-ce pas là un cas qu'on peut rapprocher de ceux où, à la suite d'une amputation, il existe des douleurs nerveuses partant du moignon et s'irradiant au loin, alors même que la cicatrice est bien établie?

Il est impossible de tirer des déductions thérapeutiques d'un seul fait, et de celui-là moins que de tout autre; car il n'est pas dit si en même temps qu'on administrait le carbonate de fer à l'intérieur, on continuait l'application des topiques sur la partie malade. Or, on conçoit très bien que ces topiques aient pu n'agir qu'au bout d'un certain temps. L'amélioration n'a pas, du reste, été assez rapide pour qu'on doive nécessairement en faire honneur au médicament.

Diagnostic.—Le diagnostic de la névralgie cervico-brachiale peut présenter quelques difficultés. Et d'abord, je signalerai cés cas dont je parlais tout-à-l'heure.

où une contusion du nerf, produite par une cause externe, donne lieu à des symptômes d'irritation locale, suivis de douleurs de forme névralgique. L'exemple suivant suffira pour les faire connaître.

TRENTIÈME OBSERVATION (1).

Contusion du nerf cubital; élancements douloureux dans le trajet du nerf; traitement antiphlogistique; guérison.

Un homme de 30 ans se heurta avec force le coude, au niveau du point où passe le nerf cubital. A l'instant même, il éprouva, dans toute l'étendue de la partie interne et postérieure de l'avant-bras et dans les trois derniers doigts, une douleur vive et tout-à-fait spéciale. C'était un engourdissement, un fourmillement, accompagné d'une sorte de vibration et assez analogue au sentiment qu'on éprouve dans les crampes des mollets. Cette douleur persista quelques secondes à l'état aigu; puis elle diminua, mais elle ne se dissipa pas entièrement. Le membre resta engourdi. Le lendemain matin, elle devint plus violente, sans cause connue, et persista encore pendant quelques secondes. Un sentiment douloureux, pareil à celui de la veille, persista, et le surlendemain matin une nouvelle exacerbation dans la douleur eut encore lieu.

Trente sangsues et un cataplasme, appliqués sur le membre et près de la partie contuse, furent suivis en vingt-quatre heures de la disparition des accidents.

Il s'agit, dans cette observation, d'une forte contusion du coude, à la suite de laquelle des élancements nerveux se firent sentir dans le nerf cubital. Ce fait prouve qu'un certain degré d'irritation, ou d'inflammation, dans une branche nerveuse, peut donner lieu

(1) Recueillie par M. Piorry, *loc. cit.*

à des accidents névralgiques, car le retour périodique et la nature des accès établissent une liaison évidente entre cette affection et les névralgies spontanées décrites plus haut.

Mais pouvons-nous dire qu'il n'y ait eu aucune différence? L'absence de détails suffisants s'y oppose, et je me trouve encore réduit à déplorer le laconisme de l'observation. On n'a pas recherché si la pression était douloureuse dans un point plus ou moins éloigné du siége de la contusion, si cette pression réveillait les élancements, et si l'on pouvait assigner une cause quelconque au retour des paroxysmes. On voit par là que ce fait, qui aurait pu éclairer le diagnostic différentiel de la névralgie et de la névrite, laisse la question fort indécise.

Il est aussi une autre affection qui peut résulter d'une violence extérieure exercée sur le nerf, et qui donne lieu à des douleurs névralgiques auxquelles Chaussier a imposé le nom de *névralgies anomales*. Dans ces cas il existe, soit dans le voisinage du nerf, soit dans ses membranes, une tumeur qui est la véritable source de la douleur lancinante. Le cas suivant m'a paru assez intéressant, sous ce rapport, pour être inséré ici.

TRENTE-UNIÈME OBSERVATION (1).

Névrôme; douleurs dans le trajet du nerf; extirpation de la tumeur; guérison.

Le professeur Dupuytren a observé le cas suivant. Une dame se promenait au bois de Boulogne; le cheval qu'elle

(1) Citée par M. Piorry, *Loc. cit.*, obs. III.

montait fit un écart, et faillit la jeter à terre ; le cavalier qui cheminait avec elle, la saisissant par le bras, la tint en quelque sorte suspendue pendant plusieurs secondes. Une douleur très vive se fit sentir dans l'avant-bras, et bientôt apparut une petite tumeur qui avait son siége dans le nerf cubital, qui donnait lieu à des douleurs semblables à une commotion électrique, dans tous les filets du nerf, et qui exigea l'extirpation.

Je n'ai présenté ce fait, beaucoup trop brièvement raconté, que pour qu'il pût être rapproché d'un cas analogue dont je donnerai l'histoire dans le chapitre consacré à la névralgie sciatique. Une tumeur à peu près semblable existait, sur le trajet du nerf poplité externe, dans le point même où il a la plus grande analogie de position avec le nerf cubital, et l'extirpation de cette tumeur fit cesser, aussi facilement que dans le cas observé par Dupuytren, des douleurs atroces qui duraient depuis quatorze ans. Mais était-ce là une véritable névralgie ? Chaussier n'a point voulu se prononcer d'une manière explicite, et il a rangé les cas dont il s'agit dans une catégorie qu'il nomme *névralgies anomales*. Il a, par là, éludé la difficulté, mais non résolu la question. Quant à moi, je répète que les renseignements fournis par les observations de ce genre, sont trop insuffisants pour qu'on puisse s'assurer si, entre les cas de cette espèce et les névralgies dont j'ai tracé l'histoire, il n'y a point de différences réelles. C'est donc à l'observation ultérieure à prononcer. Je reviendrai, au reste, sur ces réflexions, lorsque j'aurai à apprécier l'observation dont je viens de parler.

Le rhumatisme musculaire est de toutes les affections

qui peuvent occuper le bras et l'épaule, et qui n'ont pas leur siége dans les troncs nerveux, celle qu'on pourrait le plus facilement confondre avec la névralgie cervico-brachiale. Mais dans ce rhumatisme, comme dans les autres, la douleur soit spontanée, soit à la pression, occupe une plus large surface ; les points douloureux ne sont pas disséminés comme dans la névralgie ; les élancements sont moins étendus, moins violents, et ne reviennent pas par accès marqués. C'est dans les mouvements que la douleur est à son *summum* d'intensité. Elle est quelquefois telle alors, qu'il est impossible au malade de remuer le bras, tandis que dans l'immobilité, elle est nulle ou presque nulle (1).

Je ne parlerai point ici du rhumatisme articulaire, dont la confusion avec une névralgie du bras ne me paraît pas possible.

Quant à l'arthralgie saturnine, suivant M. Tanquerel des Planches, qui a longuement insisté sur ce point, jamais elle n'a un trajet aussi circonscrit que la névralgie brachiale ; elle ne suit pas les cordons nerveux ; elle occupe quelquefois toute l'épaisseur des membres près des articulations. N'ayant pas eu assez souvent occasion d'observer avec soin l'arthralgie saturnine, je n'ajouterai rien, si ce n'est que connaissant mieux les effets de la pression dans les névralgies, on pourra à l'avenir distinguer plus facilement les cas réellement dissemblables ; car les sujets affectés de maladies saturnines présentent aussi quelquefois de véritables névralgies.

(1) Je ne peux pas, dans l'histoire particulière d'une névralgie, expliquer pourquoi j'attache tant d'importance au diagnostic différentiel du rhumatisme musculaire et de la douleur nerveuse. Je renvoie au chapitre : *Névralgies en général*, pour tout ce qui est relatif à cette intéressante question.

Traitement.—On a vu, à mesure que j'ai présenté les observations, les réflexions qui m'ont été suggérées sur le *traitement* employé. Les cinq cas qui me sont propres ont été traités par le vésicatoire simple, et dans tous, l'amélioration a été si rapide et le succès si évident, que malgré le petit nombre de faits, ce mode de traitement me paraît devoir être fortement conseillé. Remarquons, toutefois, que dans les cas dont il s'agit la névralgie était généralement récente, et que par ce motif, bien que son intensité fût considérable, les sujets se trouvaient dans des conditions favorables au succès du traitement.

Voici comment s'exprime Cotugno, à propos du traitement par les vésicatoires : « *Non est autem dissimulandum, vesicantis operam, si cui unquam sedi, illis certe, quas indicavi, subcutaneis sedibus ischiadici nervi accidere dolentissimam. Sed quo dolentior fuit, eo mihi visa fructuosior. Idemque usuvenit, quoties pari dolore cubitalis nervus afficitur. Vesicans enim inter olecranon ulnæ, et condylum humeri interiorem, dolenti loco appositum, vidi dolores illos pertinacissimos solvisse : cujus rei jam multa adhuc habeo experimenta. Sed dum ille locus vesicante aperitur, dolor est insignis ; quod semper fieri oportet, quoties grandior nervus cuti, quam vesicans adurit, sine magna pinguitudinis interpositione subjicitur.* »

Quoique Cotugno ait très bien remarqué la douleur vive occasionnée par les vésicatoires sur le point d'élection qu'il a fixé, il ne s'est point parfaitement rendu compte de la cause de cette vive douleur. Lorsqu'il s'agira de la sciatique, l'étude des faits nous montrera que cette

douleur n'est point due à la disposition anatomique de la région, mais plutôt à la présence d'un point douloureux très vif; car l'application du vésicatoire a les mêmes résultats partout où ces points douloureux existent. En somme, les vésicatoires ont eu un succès incontestable, mais qui a besoin de nouveaux faits pour être définitivement établi.

Dans les quatre cas de M. Martinet, la névralgie a cédé en peu de jours (de trois à douze) à l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine (1); dans trois cas, la maladie était récente, et dans le quatrième, elle durait depuis longues années. Ces résultats sont suffisants pour que dans les cas où le vésicatoire n'aurait pas réussi, on dût immédiatement essayer ce remède.

Un des faits qui précèdent a démontré (voy. observ. XXVII) que, dans cette névralgie comme dans les autres, on doit avoir les plus grands égards à la régularité des accès, afin d'administrer, s'il y a quelque apparence de périodicité, le sulfate de quinine.

Telles sont les déductions générales qui découlent du petit nombre de faits bien observés que possède la science. Quoiqu'on ne doive pas regarder toutes ces propositions comme définitives, elles m'ont paru avoir un haut degré d'utilité, car elles jettent une vive lumière sur une maladie à peine connue.

(1) Voyez, pour plus de détails sur les effets de ce médicament, l'histoire de la névralgie sciatique.

CHAPITRE QUATRIÈME.

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.

ART. 1er. — CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES; HISTORIQUE.

Sans être parfaitement connue, cette névralgie avait attiré l'attention de plusieurs observateurs, lorsqu'il y a un an je la décrivis dans les *Archives générales de médecine* (1). Depuis cette époque, j'ai eu un assez grand nombre de fois occasion de l'observer; et je vais dans ce chapitre joindre à mon premier travail l'analyse des faits que j'ai récemment recueillis. D'un autre côté, j'emprunterai à M. Bassereau les principaux résultats auxquels l'ont conduit ses recherches, en sorte que cette histoire de la névralgie dorso-intercostale sera déduite d'une masse assez considérable de faits.

Le nom que je donne à cette maladie suffit pour la définir; si je ne distingue pas la névralgie dorsale de la névralgie intercostale proprement dite, quoique j'aie observé des exemples de ces affections entièrement indépendantes l'une de l'autre, c'est que j'ai été guidé par les mêmes motifs qui, dans les névralgies précédentes, m'ont fait rejeter des divisions trop restreintes.

Historique.—On a fréquemment cité la note dans laquelle Chaussier (2) attribue à Siebold la découverte de

(1) Numéros de janvier, février et mars 1840.
(2) *Table synopt. de la névralg.*, Paris, an XI.

la névralgie dorso-intercostale. Voici cette note : « Après la cessation des menstrues, une fille éprouva, entre la huitième et la neuvième côte, une douleur vive, qui suivait la distribution du nerf situé entre ces deux côtes, revenait par accès irréguliers et persista opiniâtrément toute la vie ; on trouva, par la dissection, le nerf morbifié, rougeâtre, amaigri (Siebold). Ce cas, ajoute Chaussier, n'est-il pas une névralgie intercostale? » Ce n'est là, on le voit, qu'une simple indication, et il reste beaucoup à faire pour arriver à une histoire un peu complète de la maladie.

L'étude de la névralgie dorso-intercostale fut négligée jusqu'en 1818, époque où parut le mémoire de Nicod (1). Cet auteur nous apprend d'abord que, treize ans auparavant, il avait rencontré cette espèce de névralgie chez une femme qui avait subi l'amputation du sein ; et que depuis cette époque, il avait eu si souvent l'occasion de l'observer, qu'il en avait recueilli plus de deux cents cas. Cependant, il ne cite aucune observation complète. Il se borne à présenter quelques cas d'anatomie pathologique, et tout le reste de son mémoire est consacré à une description générale, dont voici les principaux traits.

Nicod regarde cette affection comme extrêmement commune. Il l'a presque toujours rencontrée chez les femmes, et pense qu'elle est très rare chez les hommes. Il a été frappé de l'espèce de constance avec laquelle elle affecte le côté gauche, et indique pour rapport de fréquence entre les deux côtés : : 1 : 15. La douleur, d'a-

(1) *Observ. de név. thoraciques*, par P.-L.-A. Nicod, chirurgien en chef de l'hôpital Beaujon, *Nouveau journ. de méd. et de chir. prat., etc.*, sept. 1818, t. III, p. 247.

près lui, a presque toujours son siége à l'union des septième, huitième et neuvième côtes avec leurs cartilages. Elle s'étend quelquefois, dans la direction des nerfs intercostaux, jusqu'à l'épine du dos ; d'autres fois, elle gagne la mamelle du côté malade. Quelquefois simple, elle est le plus souvent compliquée de *névralgie épigastrique*, ou *intestinale*, ou des *dépendances de l'utérus*.

Le signe distinctif est une douleur vive se prolongeant avec la vitesse d'un éclair, dans une étendue et une direction qui ne peuvent appartenir qu'aux filets d'un nerf malade. On ne la confondra pas avec le rhumatisme, si l'on se rappelle que celui-ci occupe plusieurs muscles douloureux au toucher et dans les mouvements qui leur sont propres ; tandis que dans les névralgies, si les douleurs sont quelquefois profondes, il y a toujours un grand accroissement de sensibilité dans la peau et les autres parties où s'épanouissent les filets nerveux. Cette affection, continue Nicod, dérange rarement et faiblement les fonctions, excepté la respiration, qui est douloureuse. Elle occupe quelquefois les deux côtés simultanément, rarement l'un après l'autre. *Le plus souvent elle est périodique.*

Quant au traitement, Nicod se borne à dire qu'il a toujours vu la saignée augmenter les accidents nerveux, excepté lorsqu'elle était faite pour une suppression de menstrues; que dans le cas où on aurait de fortes raisons de penser que les douleurs sont dues à une inflammation du névrilème, on devrait avoir recours à la saignée locale, avant d'employer les bains et les potions calmantes ; que si, au contraire, la névralgie paraissait dépendre d'une aberration de la sensibilité sans in-

flammation, il faudrait recourir aux antispasmodiques. Il ne cite aucun fait particulier à l'appui de ces propositions.

Telle est, en substance, la description tracée par Nicod. En la lisant avec un peu d'attention, on voit que ce chirurgien ne s'était point trompé sur le diagnostic; mais il a négligé un certain nombre de symptômes importants, ce qui explique peut-être la faible impression produite par son mémoire, et l'ignorance dans laquelle il nous avait laissés.

Deux ans avant la publication du mémoire de Nicod, M. Fouquier avait fait maintes fois remarquer à ses élèves cette espèce de névralgie. J'emprunte à la thèse de M. Bassereau (1) un exposé rapide des opinions de ce professeur, sur la névralgie intercostale. « Il la signale, dit M. Bassereau, comme une affection non décrite, qui a été confondue souvent avec le rhumatisme, les maladies du foie ou du cœur, suivant le côté de la poitrine qu'elle occupait. Elle est caractérisée par des douleurs qui suivent la direction des espaces intercostaux, qui augmentent vers le soir, et s'exaspèrent par la chaleur du lit. Il a presque toujours vu la maladie céder à l'emploi externe et interne des narcotiques. »

Faut-il regarder comme un cas de névralgie dorso-intercostale celui qui a été cité par M. Arloing, de Nevers (2)? L'observation XVI de son mémoire renferme les détails suivants : « Une domestique, âgée de 22 ans,

(1) *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux, considérée comme symptômatique de quelques affections viscérales*. Thèse, Paris, 1840.

(2) *Observations sur l'efficacité de la méthode de Cotugno dans le traitement des névralgies des membres abdominaux*. Journ. génér. de méd., t. XCVIII, mars 1827, p. 293.

bien constituée, reçut sur la région sternale une contusion assez forte pour la faire évanouir. La douleur qui suivit fut très violente ; il s'y joignit beaucoup d'oppression et un crachement de sang. Deux saignées et deux applications de sangsues triomphèrent de ces accidents, excepté de la douleur, qui devint aiguë, lancinante, et plus forte la nuit que le jour. Les émissions sanguines, les émollients, les calmants, et deux moxas sur le point douloureux furent sans succès. L'acupuncture fit disparaître la douleur en peu de jours. MM. Roche et Mêlier, chargés de faire un rapport sur le mémoire de M. Arloing, pensent que c'était là une *névralgie des parois thoraciques, occupant, selon toute apparence, les nerfs intercostaux.* Je ne crois pas que les caractères de cette affection aient été suffisamment indiqués par l'auteur du mémoire, pour qu'on puisse se prononcer formellement.

Dans l'article *Névralgie* du *Dictionnaire de médecine* (1), M. Ollivier s'est borné à analyser rapidement le mémoire de Nicod, et à y joindre un nouveau fait très intéressant, mais qui n'ajoute guère à l'histoire de la névralgie dorso-intercostale. Plus tard, dans son *Traité des maladies de la moelle épinière* (2), il est revenu sur le même sujet, et a rattaché à une congestion sanguine d'une portion de la moelle épinière, non seulement les symptômes indiqués par Nicod, mais encore ceux que plusieurs auteurs anglais et américains ont décrits, sous les noms d'irritation spinale, *spinal disease, spinal and cerebral irritation.* M. Ollivier cite, en outre, plusieurs exemples de cette affection observés par

(1) Dictionnaire en 21 vol., 1826, t. XV, p. 92.
(2) Troisième édition, Paris, t. II, pp. 209 et seq.

lui-même. Les symptômes qu'il a constatés ne sont pas toujours exactement les mêmes que ceux qui ont été signalés par Nicod, et dans quelques cas diffèrent assez notablement de ceux que je ferai connaître dans la description suivante. Faudrait-il donc admettre deux espèces de maladies nerveuses dorsales, l'une vraiment névralgique, et l'autre dépendant d'une affection quelconque de la moelle ? C'est ce qui fera plus loin l'objet d'une discussion particulière. Remarquons seulement combien les descriptions des auteurs doivent être vagues et incomplètes, pour laisser tant de doutes dans l'esprit.

Sous le titre d'affection particulière des nerfs de la moelle épinière, le docteur Brown donna, en 1828 (1), l'histoire d'une affection qui n'est autre que la névralgie dorso-intercostale. Je vais présenter les principales propositions de ce mémoire, dont un extrait a été inséré dans les *Archives générales de médecine* (2). L'affection, dit le Dr Brown, est le produit de l'irritation de quelques uns des nerfs rachidiens ; elle siège le plus souvent *à droite*. La douleur occupe en même temps un point voisin du sternum, et un point correspondant du rachis. Dans ce dernier point, qui ordinairement n'excède pas 0m,03 de diamètre, la pression, la flexion du tronc, et l'application d'une éponge imbibée d'eau chaude exaspère la douleur.

Voici les conclusions du docteur Brown :

1° La cause immédiate de la douleur dorsale et thoracique est une contraction spasmodique des muscles spinaux, qui déplace légèrement quelques vertèbres, ou

(1) *The Glascow med. journ.*, numéro 11, 1828.
(2) Tome XIX, p. 423, 1829.

qui comprime les nerfs spinaux à leur sortie du canal rachidien.

2° Le spasme musculaire est souvent une affection toute locale, produite par la fatigue ou par une position incommode, et tout-à-fait indépendante d'une affection du cerveau, de la moelle et du *système nerveux en général*.

3e Ce n'est que dans les cas où se manifestent des symptômes graves, comme une paralysie partielle, l'altération de la vue, les vertiges, qu'on peut supposer, avec raison, que les centres nerveux sont le point de départ des contractions spasmodiques des muscles. Les sangsues sur le point malade, puis un vésicatoire, et même des cautères, si la maladie est rebelle, et surtout le coucher en supination, sont les moyens à l'aide desquels on triomphe du mal.

Quelle ressemblance entre la description qu'on vient de lire et celle qui a été tracée par Nicod ! Et cependant le docteur Brown, dans ses conclusions, est bien loin de regarder cette affection comme une simple névralgie. Mais on se demande quels sont les motifs sur lesquels il s'est fondé pour regarder la contraction musculaire, ou la déviation des vertèbres comme la cause des douleurs. Et d'abord, quand et comment a-t-il constaté cette déviation ou cette contraction? Aurait-il confondu plusieurs maladies ensemble? N'aurait-il pas mis au nombre des cas d'irritation des nerfs spinaux, ces douleurs qui surviennent assez fréquemment à la suite d'efforts musculaires, et dont le siége est la partie inférieure de la région dorsale et les lombes? Quoi qu'il en soit, quelques uns des signes qu'il a attribués à cette affection sont insuffisants pour faire reconnaître la névralgie

dorso-intercostale. Le point douloureux du dos, correspondant à un point semblable à la partie antérieure de la poitrine, est certainement le symptôme le plus important.

Je ne connais le travail de Th. Pridgen Teale, sur les maladies névralgiques, dépendant de l'irritation de la moelle épinière (1), que par l'analyse critique qui en a été donnée dans le *Journal médical de Londres* (2). Voici ce qui m'a paru avoir rapport à la névralgie dorso-intercostale.

La description faite par le docteur Teale est peu précise; il y fait entrer des douleurs qui siègent dans la tête, le tronc et les membres, et qu'il rapporte toutes à une irritation de la moelle. On peut en juger par le passage suivant: « L'irritation de la portion inférieure de la moelle donne naissance à un état morbide des extrémités supérieures, des épaules et des téguments de la partie supérieure du thorax. Des douleurs sont senties dans différentes parties du bras, de l'épaule et de la poitrine. Quelquefois la douleur suit le trajet des branches thoraciques... Fréquemment une mamelle ou toutes les deux deviennent excessivement douloureuses à la pression, et parfois il y a dans la poitrine une certaine gêne et un vague sentiment d'embarras, quand les douleurs névralgiques s'y sont fait sentir pendant un certain temps. »

Le docteur Isaac Parrish publia, en 1832, un mémoire (3), dont le but principal est de démontrer que

(1) *A treatise on neuralgic diseases, dependent upon irritation of the spinal marrow and ganglia of sympathetic nerve*, London, 1829.

(2) *The London medical and physical journal*, new series, London, 1829, vol. VII, p. 538.

(3) On irritation of the spinal marrow as connected with nervous diseases; *the American journal*, août 1832.

toute la maladie n'est pas dans la moelle épinière, et qu'il y a un principe névralgique évident, surtout lorsque la maladie a lieu chez les femmes; car, chez elles, l'affection prend plutôt le caractère hystérique. Mais, quoique cet auteur ait reconnu que la névralgie pure et simple peut jouer un rôle dans cette maladie, ce rôle n'est, selon lui, que secondaire, et c'est à l'irritation spinale qu'il faut accorder le principal. Il se base surtout sur ce que les moyens thérapeutiques appliqués directement à l'épine agissent avec une grande efficacité. Au reste, aucune recherche pour préciser les points douloureux.

Dans son article *Névralgie* (1), M. P. Jolly, après avoir indiqué les observations de Siebold et de Nicod, signale, comme appartenant à la névralgie intercostale, certains faits publiés sous le titre de fièvre intermittente, pleurétique ou pleurodynique, ainsi qu'une observation de M. Brigandat, dans laquelle la maladie a présenté les caractères d'une fièvre intermittente pernicieuse.

Doit-on considérer comme des névralgies dorso-intercostales un certain nombre de ces cas de point vertébral cités par M. Cruveilhier, qui les regarde, avec quelques auteurs, comme liés à une affection des viscères thoraciques ou abdominaux? Je le pense; cependant, il est impossible de se prononcer formellement, l'observation ultérieure pourra seule le permettre. Je me bornerai à une seule remarque : chez les phthisiques, par exemple, la névralgie dorso-intercostale existe quelquefois; si l'on se bornait à exercer la pression sur le rachis, on pourrait croire que cette douleur correspond uniquement à la lésion viscérale; mais on serait bientôt détrompé, en

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1834, t. XII, p. 35.

cherchant, le long de l'espace intercostal, d'autres points douloureux qui viendraient révéler le véritable siége et la nature de la maladie. Ce n'est qu'à l'aide d'une exploration semblable qu'on pourra distinguer le point dorsal décrit par M. Cruveilhier, de celui qui appartient à une simple névralgie dorso-intercostale, affection dont l'existence tout-à-fait indépendante d'une lésion organique, est loin d'être rare.

Dans un ouvrage sur les affections de la moelle épinière (1), le docteur Griffin a reconnu à l'*irritation spinale* des caractères particuliers suivant son siége. Il la divise en irritation *cervicale*, *dorsale* et *lombaire*. La douleur que détermine la pression sur les apophyses épineuses, se fait sentir, non pas dans le point pressé, mais dans un point correspondant de la partie antérieure du corps, où va se rendre le nerf parti du point malade. Je ne sais si des cas semblables se sont montrés fréquemment, mais je n'en ai jamais rencontré un seul, quoique depuis plus de deux ans j'aie exploré avec soin la colonne vértébrale dans tous les cas où il existait des douleurs du tronc.

Les docteurs Thomas (2), Malone (3) et Todd (4), ont insisté, beaucoup plus que les auteurs précédents, sur la douleur vertébrale et sur divers autres points douloureux siégeant dans l'étendue de la poitrine. Ils placent tous le siége de la maladie dans la moelle épinière.

(1) *Observations on the functionnal affections of the spinal chord*; by William Griffin, London 1834.

(2) Observations sur l'irritation spinale (*North american archiv., etc.* 1834).

(3) Remarques sur l'irritation spinale, avec deux observations, *The american journal*, 1835.

(4) *The Cyclopædia of practical medicine*, London, 1834, numéro 4.

Quant à M. Ens (1), il a rapporté à l'irritation spinale presque toutes les maladies : manie, chorée, tétanos, fièvre nerveuse, fièvre intermittente, pleurésie, phthisie, etc., etc. ; tout peut dépendre, selon lui, d'une irritation de la moelle. Il est évident que l'auteur a donné une extension des plus exagérées à cette affection. On trouve, sans doute, des cas de névralgie dorso-intercostale chez des sujets qui ont des attaques d'hystérie, des symptômes de phthisie, de bronchite, etc. ; mais peut-on penser que ces maladies sont causées par la névralgie ou, pour parler le langage des auteurs anglais, par l'irritation spinale ? Je ne crois pas nécessaire de discuter une semblable opinion.

En 1838, le docteur Isaac Porter a publié un mémoire auquel il a donné pour titre : *De la névralgie des nerfs spinaux* (2). On s'aperçoit bientôt, quoique ce titre soit de nature à induire en erreur, qu'il s'agit, dans ce travail, d'une affection toute semblable à celle qui a été étudiée par les médecins anglais sous le nom d'irritation spinale. L'auteur signale la douleur vertébrale correspondant à une douleur vers le sternum ou vers l'épigastre, mais sans en préciser le siége. Il range parmi les causes principales de la maladie, les violences extérieures et l'usage des corsets, qui, privant les muscles et les ligaments de la force que leur donnerait l'exercice, expose le rachis à de nombreux accidents.

Il est peu surprenant qu'avec des descriptions aussi vagues on ait conservé pendant si long-temps des doutes sur l'existence même de la névralgie dorso-intercostale. C'est à un jeune médecin fort distingué de l'école

(1) *Rust's magazin für die gesammte Heilkunde*, 1835.
(2) *The american journal of the medical sciences*, 4e cahier, 1838.

de Paris, M. Bassereau, qu'était réservé l'honneur d'établir le diagnostic de cette affection d'une manière plus précise, et d'en mieux apprécier les principaux symptômes. Sa thèse (1) est le fruit de recherches antérieures aux miennes, quoiqu'elle ait paru après mon premier mémoire. Je n'en donnerai pas l'analyse ici, parce que j'aurai, dans le cours de ce chapitre, de fréquentes occasions de la citer, soit pour en donner les résultats, soit pour discuter les principales opinions qu'elle renferme.

Bien des cas de névralgie dorso-intercostale se sont présentés à moi, depuis que j'ai commencé à étudier cette maladie; mais je n'ai pu les recueillir tous d'une manière complète; il en est même plusieurs qui n'ont fait que passer sous mes yeux, et que, pour cette raison, je ne ferai pas entrer dans mon analyse. Je me bornerai à les indiquer lorsqu'ils offriront quelque particularité intéressante. Ma description sera principalement fondée sur vingt-cinq cas qui offrent les conditions indispensables pour inspirer la confiance.

Art. II. — Considérations anatomiques.

Comme tous les nerfs qui sortent par les trous de conjugaison, les nerfs dorsaux prennent leur racine dans une partie de la moelle toujours plus élevée que le niveau de leur sortie du canal rachidien, en sorte qu'ils parcourent, dans le canal même, un certain trajet. Ce trajet est d'autant plus long que les branches nerveuses sont plus inférieures.

Ce premier fait suffit pour prouver combien quelques

(1) *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux, considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales.* Thèse, Paris, avril 1840.

auteurs anglais ont eu tort de regarder la maladie qui nous occupe comme une irritation ou toute autre lésion de la moelle. On a vu, par leur propre description, que la douleur, déterminée par la pression du côté du rachis, existe à l'extrémité postérieure de l'espace intercostal dans lequel on a trouvé le point douloureux antérieur. Elle se fait donc sentir à la sortie même du nerf, au niveau du trou de conjugaison, et pas ailleurs; or, s'il y avait réellement une irritation de la moelle, et si cette irritation était le principe de la maladie, on devrait dans un certain nombre de cas, si ce n'est dans tous, trouver la douleur à l'origine même du nerf, et par conséquent dans un point de plus en plus élevé au-dessus du trou de conjugaison, à mesure que la névralgie deviendrait plus inférieure. On verra plus loin qu'il n'en est rien.

En sortant du trou de conjugaison, chaque nerf dorsal se partage aussitôt en deux branches; l'une *postérieure*, se porte en arrière, et fournit des filets de plusieurs ordres, dont quelques uns, qui sont ceux qui nous intéressent le plus, traversent les transversaires épineux et les muscles qui les recouvrent, et vont se distribuer à la peau du dos.

La branche antérieure est, à proprement parler, la continuation du nerf. Celle du premier nerf dorsal sort au-dessous de la première côte, et celle du douzième au-dessous de la dernière. Ce qu'il nous importe le plus de savoir, c'est que cette branche ne subit une seconde division notable que vers le milieu même de l'espace intercostal; primitivement, elle est située au-dessous des muscles intercostaux, et n'est recouverte dans l'intérieur de la poitrine que par la plèvre; puis, elle

s'engage dans ces muscles, et chemine entre eux jusqu'au milieu de l'espace, où la division que je viens de mentionner a lieu. Les rameaux qui en résultent ne se comportent pas tout-à-fait de la même manière dans tous les espaces. C'est ainsi que dans les trois premiers nerfs il y a un rameau intercostal qui continue le trajet primitif, en se rapprochant de la côte inférieure, et un rameau brachial qui va se perdre dans le membre supérieur. Les huit nerfs suivants fournissent également un rameau intercostal, qui continue le trajet primitif, et ne perce les muscles qu'à une faible distance du sternum, ou du bord externe de la partie supérieure du grand oblique, pour distribuer ses filets aux téguments de la partie antérieure de la poitrine et supérieure de l'abdomen. Mais, au lieu du rameau brachial, ils en donnent un pectoral, nommé *rameau pectoral externe*, qui perce le muscle intercostal externe, et fournit des filets qui se distribuent aux téguments. Cette division a lieu d'autant plus près de l'extrémité antérieure de chaque intervalle, qu'on examine les branches plus bas, parce que, dit Bichat, les intervalles vont toujours en se raccourcissant, et que chaque division se fait à peu près à la même distance du trou de conjugaison.

Enfin, le dernier nerf est consacré aux muscles et aux téguments de l'abdomen, et se divise en rameau abdominal superficiel et rameau abdominal profond, division analogue à celle des branches précédentes.

Il résulte donc de ce qui vient d'être dit : 1° qu'il y a dans les nerfs dorsaux trois points principaux de division, situés ainsi qu'il suit : le premier immédiatement à la sortie du trou de conjugaison ; le deuxième vers le milieu de l'espace intercostal ; et le troisième un peu en

dehors du sternum, ou de la partie supérieure du muscle droit; 2° que dans chacun de ces points il y a un rameau plus ou moins considérable, qui devient plus superficiel, et fournit des filets aux téguments. C'est ce rameau que M. Cruveilhier a nommé perforant, parce qu'il traverse brusquement les muscles qui le séparent de la peau. Ce professeur décrit un *rameau perforant antérieur* voisin du sternum, et un *rameau perforant moyen* au milieu de l'espace. Pour nous, la branche dorsale constitue un *rameau perforant postérieur.*

Art. III. — Description générale, ou tableau de la maladie.

Fréquence. — Causes. — D'après les observations qui servent de base à ce mémoire, la névralgie intercostale est une affection fréquente. Je l'ai rencontrée chez des individus avancés en âge et chez un enfant; mais c'est de dix-sept à quarante ans qu'elle s'est montrée le plus souvent. La grande majorité des sujets était du sexe féminin; ils avaient presque tous une constitution médiocrement forte, et les signes du tempérament nerveux. Chez un certain nombre de femmes, il y avait une suppression de règles depuis un temps plus ou moins long. Le plus petit nombre avait été exposé à de mauvaises conditions hygiéniques, ou avait fait un travail forcé, ou avait reçu un coup sur la poitrine : circonstances qui pouvaient expliquer le développement de la névralgie. Dans quelques cas, les douleurs étaient survenues après un zona des parois du thorax, ou dans le cours d'une phthisie pulmonaire.

Siége. — La maladie siégeait ordinairement à gauche, et quoique tous les espaces intercostaux en aient été

atteints, c'était dans les sixième, septième et huitième qu'elle se montrait de préférence. Le nombre des espaces affectés était ordinairement de deux ou trois.

Symptômes. — Parmi les *symptômes*, il faut placer en première ligne la douleur à la pression. Elle était constante, quelquefois excessive, et semblable à celle qu'on développe quand on presse sur une partie contuse. Elle avait ordinairement lieu dans des points très limités et placés à des intervalles assez grands sur le trajet du nerf. Ces points douloureux étaient situés : le premier à la partie postérieure de l'espace intercostal, un peu en dehors des apophyses épineuses et à peu près vis-à-vis la sortie du nerf par le trou de conjugaison, c'était le *point postérieur* ou *vertébral;* le deuxième à la partie moyenne de l'espace intercostal, c'était le *point moyen* ou *latéral;* et le troisième entre les cartilages, un peu en dehors du sternum, ou dans une moitié de l'épigastre, un peu en dehors de la ligne médiane, c'était le *point antérieur*, *sternal* ou *épigastrique*. Dans ces différents points qui n'avaient le plus souvent que o^{m},02 d'étendue, la douleur était quelquefois telle que le plus léger contact et le soulèvement de la peau suffisaient pour lui donner un haut degré de violence; et elle y était si bien limitée, que quelques lignes au-delà, la pression la plus forte était supportée facilement. Les grandes inspirations, les efforts de la toux et quelquefois même les mouvements des bras et du tronc causaient de la douleur dans ces mêmes points, mais tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre, sans règle fixe. Dans certains cas, la douleur ainsi provoquée prenait le caractère d'élancements ou de picotements; ou bien lorsqu'on pressait dans un point, elle retentissait dans l'autre.

Outre la douleur que développait la pression, il y avait des douleurs spontanées de deux espèces différentes. L'une était sourde, contuse, permanente et bornée aux points où la pression était douloureuse; l'autre vive, lancinante, revenant à des intervalles irréguliers, moins constante que la première, qui néanmoins n'avait pas lieu dans tous les cas, partait tantôt d'un point douloureux, tantôt de l'autre, mais plus fréquemment du *point postérieur*, pour s'étendre rapidement à tout le trajet du nerf, ou seulement à une partie de l'espace intercostal. Quelquefois les élancements se portaient d'avant en arrière, et quelquefois aussi ils naissaient dans le *point latéral* pour diverger vers les extrémités. Dans certains cas, il n'y avait qu'un sentiment de piqûre et de déchirure.

Souvent, en même temps que la névralgie intercostale, il existait dans d'autres parties du corps des douleurs qui étaient ordinairement de même nature que la maladie principale. Dans quelques cas, il y avait aussi des symptômes de rhumatisme musculaire.

Du côté des voies respiratoires, on ne trouvait rien qui parût directement lié à la névralgie. L'auscultation et la percussion ne faisaient rien connaître d'anormal dans les points occupés par les douleurs.

Il y eut plusieurs fois des symptômes du côté des voies digestives, mais ils furent légers et ne parurent, dans aucun cas, être liés à la névralgie intercostale.

Le pouls était habituellement dans son état normal. Lorsqu'il subissait quelques modifications, on en trouvait la cause ailleurs que dans la plus ou moins grande intensité des douleurs. Il n'y avait ni chaleur, ni frissons, ni sueurs qu'on pût rapporter à la violence de la

névralgie, ou qu'on dût regarder comme des signes d'une fièvre larvée.

Marche, durée, terminaison. — La *marche* de la maladie n'avait rien de régulier. Ce que l'on peut dire de plus général, c'est qu'elle se développait ordinairement d'une manière graduelle et finissait de même; elle présentait d'ailleurs, dans son cours, des exacerbations et des rémissions excessivement variables. On ne trouvait pas dans l'état de l'atmosphère des raisons suffisantes de toutes ces variations; cependant, il est certain que les exacerbations coïncidaient plus fréquemment avec l'abaissement de la température, qu'avec tout autre changement météorologique. Le plus souvent, elles étaient aussi fréquentes et aussi fortes le jour que la nuit. Chez quelques sujets, la névralgie ne revenait qu'à des époques assez éloignées, et se dissipait chaque fois spontanément, au bout de quelques jours. Cette affection a une *durée* très variable, ordinairement longue; elle n'a point présenté de *terminaison* funeste; mais on l'a vue passer à l'état chronique, et devenir très rebelle.

Diagnostic. — Le *diagnostic* différentiel de la névralgie intercostale ne présente pas de grandes difficultés. On la distingue : 1° des affections des voies respiratoires à l'aide de l'auscultation et de la percussion, et en ayant égard au siége, à la direction et aux limites de la douleur; 2° du rhumatisme des muscles du thorax en se rappelant que les douleurs de celui-ci sont étendues, moins vives ordinairement à la pression, et plus vives dans les mouvements (1). L'angine

(1) Voyez, pour plus de détails, ce que j'ai dit du rhumatisme du trapèze et du rhomboïde, à l'art *diagnostic*.

de poitrine diffère totalement de la névralgie intercostale simple, par ses accès et le sentiment de constriction et d'angoisse qu'elle détermine. Que les recherches ultérieures prouvent que cette affection est tout-à-fait distincte de la névralgie intercostale, ou au contraire qu'elle n'en est que le degré le plus avancé, les signes que je viens d'indiquer feront distinguer, ou les deux maladies différentes, ou les deux degrés si tranchés de la même maladie. Les *maladies de la moelle* causent quelquefois une douleur locale dont le siége est sur les apophyses épineuses et non à côté, circonstance qui rend le diagnostic facile. Dans les cas de mal vertébral de douleur pression des côtes faite largement, cause de la Pott, la vers un point du rachis, ce qui n'a pas lieu dans la névralgie.

Pronostic. — Plus la maladie était ancienne, plus elle était rebelle ; elle l'était aussi beaucoup dans les cas où il existait une lésion organique dans la poitrine ou l'abdomen.

Traitement. — Le moyen de traitement employé avec le plus de succès a été le vésicatoire volant appliqué sur les principaux points douloureux. L'addition de l'hydrochlorate de morphine n'a eu pour effet que d'apaiser momentanément les douleurs, dans les cas où elles étaient très intenses et avaient résisté au vésicatoire simple. La saignée et les sangsues n'ont jamais guéri la névralgie, et ont paru l'aggraver quelquefois. Les narcotiques à l'intérieur n'ont eu aucun résultat notable. Dans un cas où il y avait aménorrhée et anémie, les pilules de Blaud ont eu un plein succès.

ART. IV. — SYMPTÔMES.

SECTION Ire. Douleurs dans le trajet des nerfs dorsaux.

§ Ier. Siége.

1° Relativement au *côté de la poitrine* occupé par la névralgie, on trouve déjà une différence très notable. Ainsi, sur vingt-cinq cas recueillis par moi, la névralgie avait lieu :

A gauche.	13 fois.
A droite.	7
Des deux côtés. . . .	5

La prédominance du côté gauche est donc considérable ; mais elle le paraît davantage si l'on examine plus attentivement les faits. Ainsi, dans le cas où la névralgie a été double, une seule fois seulement les douleurs ont été à peu près égales pour l'intensité et la durée, à droite et à gauche. Chez les quatre autres sujets qui souffraient beaucoup du côté gauche, il y a eu à peine quelques élancements et un peu de douleur à la pression dans le côté droit de la poitrine, en sorte qu'il serait peut-être plus exact de dire que la névralgie s'est montrée :

A gauche.	17 fois.
A droite..	7
Des deux côtés. . . .	1

Ce résultat s'accorde assez bien avec ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs ; il est également confirmé par les faits qui ont passé sous mes yeux, sans que je les aie recueillis. Je suis, en effet, certain que la névralgie avait bien plus souvent lieu à gauche qu'à droite. Cependant la différence que j'ai trouvée est moins considérable

que celle qui a été indiquée par Nicod, qui, on se le rappelle, l'exprime par la proportion : : 1 : 15.

M. Bassereau a trouvé une bien plus grande proportion de névralgies doubles, car il donne, relativement au siége de la maladie, le tableau suivant :

A gauche.	12 fois.
A droite.	6
Des deux côtés. . . .	19
Total. . . .	37

Cet auteur néglige de nous faire connaître l'intensité de la maladie, suivant le côté, dans les névralgies doubles; ce qui est une lacune fort regrettable.

2° Le *nombre des espaces intercostaux* occupés par la névralgie a varié de un à huit. Ce dernier nombre ne s'est rencontré que deux fois. Un cas dans lequel la névralgie n'occupait qu'un seul nerf intercostal, me paraît devoir trouver ici sa place, parce que le siége de la maladie étant dans le premier espace, ce fait établit une transition naturelle entre la névralgie cervico-occipitale et celle dont il s'agit maintenant.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Névralgie cervico-brachiale étendue au premier espace intercostal ; application de deux vésicatoires volants ; guérison.

Le 24 *novembre* 1840, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, une femme âgée de 71 ans, d'une bonne constitution, d'un embonpoint médiocre. Elle est presque complétement sourde, et cette infirmité qui, suivant elle, est le résultat du bruit d'un violent coup de tonnerre, paraît remonter à plus de trente ans.

A part sa surdité, cette femme jouit de l'intégrité de toutes ses fonctions ; et ne se plaint que d'une douleur assez vive sié-

geant à la partie postérieure du cou. Sans pouvoir préciser l'époque du début de sa maladie, elle dit qu'elle ne date pas de plus d'une semaine, et ne sait à quoi l'attribuer.

25 *novembre.* — La douleur est fixée à la partie postérieure du cou, depuis la troisième ou quatrième vertèbre cervicale, jusqu'à la deuxième dorsale; elle est sourde, continue, devient parfois plus vive, et s'accompagne d'élancements dont la malade ne peut indiquer la direction.

Par la pression, on détermine de la douleur de chaque côté de la colonne cervicale, à partir de la quatrième vertèbre jusqu'à la dernière inclusivement, dans la largeur de deux centimètres environ, et deux travers de doigt en dehors des apophyses épineuses. De plus, à droite seulement, le premier espace intercostal est douloureux à la pression dans un point circonscrit, situé à son extrémité postérieure. On trouve également un point très douloureux à la pression dans le creux acromio-claviculaire droit.

Langue nette, souple, humide; pas de fièvre; pas de céphalalgie; appétit médiocre. Pas de douleurs ailleurs. (*Vésicat. à la partie inf. de la région cervicale, de* 8 *centim. de larg., sur* 10 *de long.;* 3 *potages; gom. éd.*)

26 *novembre.* — La malade dit avoir beaucoup souffert de son vésicatoire. Aujourd'huï, il y a moins d'élancements; la pression paraît moins douloureuse au cou; elle est de beaucoup diminuée dans le creux acromio-claviculaire droit. Pas de céphalalgie.

Peau fraîche; pouls à 84, souple, régulier. Langue humide, naturelle; ventre souple, indolent. — Appétit assez prononcé. (*Gom. édul.;* 1/4.)

27 *novembre.* — Cette nuit, pour la première fois, elle a ressenti dans la jambe droite quelques élancements qui n'existent plus ce matin. La pression, exercée vers le milieu du mollet et derrière la tête du péroné, est douloureuse; mais à un degré modéré et dans un point très circonscrit. Le reste *id.* (*Vésicat. sur la tête du péroné.*)

29 *novembre*. — Il ne reste au cou qu'une roideur assez considérable, qui empêche les mouvements. Cuisson dans le point occupé par le vésicatoire. Ni élancements, ni douleur à la pression nulle part. La douleur de la jambe est entièrement dissipée. (*Gom. édul.*; 1/2.)

3 *décembre*. — Roideur toujours assez prononcée à la région cervicale. Du reste, rien de particulier; la malade n'accuse aucune douleur dans les autres parties du corps. (*Vésicat. à la partie infér. du cou.*)

13 *décembre*. — La malade sort parfaitement bien portante, n'ayant plus éprouvé aucune espèce de douleur, et la roideur du cou étant entièrement dissipée.

Sans doute on pourrait regarder ce cas comme un exemple de névralgie cervico-occipitale, aussi bien que comme un exemple de névralgie dorso-intercostale; mais c'est là principalement ce qui m'a engagé à le présenter. Ne nous fait-il pas voir, en effet, jusqu'à quel point la douleur suit la direction des nerfs dans cette névralgie? La première paire dorsale fournit une branche au plexus brachial; aussi, lorsque la douleur s'étend des paires supérieures à celle-ci, le caractère de la névralgie cervico-brachiale est-il sensiblement changé. Nous avons un *point postérieur* dans le premier espace intercostal, mais les points antérieurs se retrouvent dans l'épaule. J'avais donc raison de dire que ce cas établissait une transition toute naturelle entre ces deux névralgies dont le siége est contigu, et qui affectent des nerfs ayant entre eux une liaison si intime.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer l'effet du vésicatoire volant. Lorsque la malade est entrée à l'infirmerie, ses douleurs étaient fortes, et elle s'en plaignait vivement; l'amélioration a été, néanmoins, des plus no-

tables et des plus promptes, après l'application de chaque vésicatoire, et la guérison a été rapide.

Chez plusieurs sujets (dix fois), il n'y avait que deux espaces envahis par la névralgie, et si l'on cherche le terme moyen, on trouve dans vingt-quatre cas (le vingt-cinquième ne pouvant entrer en ligne de compte, parce que la névralgie, revenant à des intervalles irréguliers, occupait tantôt un point, tantôt un autre), on trouve le nombre trois et une fraction. Il faut ajouter que lors même qu'un nombre considérable d'espaces était le siége de la névralgie, le plus souvent deux ou trois d'entre eux, et ordinairement le sixième et le septième, étaient beaucoup plus sensibles que les autres, et paraissaient être le véritable centre de la douleur.

3° Si nous cherchons à savoir quels sont les *espaces le plus souvent affectés*, voici ce que nous trouvons :

Premier espace.	6 fois.
Deuxième.	7
Troisième.	7
Quatrième.	8
Cinquième.	11
Sixième.	15
Septième.	17
Huitième.	17
Neuvième.	13
Dixième.	4
Onzième.	1
Douzième.	1

On voit par ce tableau que la névralgie affecte une espèce de prédilection pour les cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième espaces intercostaux, et que c'est surtout du sixième au neuvième qu'on doit s'attendre à la rencontrer le plus souvent. Ainsi donc, bien

qu'il faille modifier un peu la proposition de Nicod, qui signale les septième, huitième et neuvième espaces comme le siége presque constant de cette affection, il n'en faut pas moins reconnaître que cet auteur avait indiqué, quoique avec quelque exagération, un fait réel. Suivant M. Bassereau, le plus souvent, cinq ou six espaces sont affectés, et parmi eux il faut placer en première ligne les quatrième, cinquième et sixième; il ne donne pas de nombres positifs.

§ II. **Divers points douloureux.**

Les espaces où siégeait la douleur n'en étaient point envahis dans toute leur étendue, au moins pendant toute la durée de la maladie. Elle occupait habituellement trois points principaux qui étaient dans l'ordre de fréquence :

Le point vertébral ou postérieur qui a toujours existé. .	25 fois.
Le point antérieur ou sternal.	19
Le point latéral (dans le milieu de l'espace intercostal). .	17

1° Le *point vertébral* ou *postérieur* existait sur une des parties latérales de l'épine, entre deux vertèbres, et dans le voisinage du lieu où se trouve le trou de conjugaison. Ce point douloureux avait presque toujours une étendue très limitée; une seule fois, il avait $0^m,09$ de diamètre; dans tous les autres il avait de $0^m,02$ à $0^m,05$, et le terme moyen était 0^m03. Ce point était très limité; il ne s'étendait pas ordinairement au-delà de la ligne médiane. Dans les cas où il acquérait une étendue plus grande que $0^m,03$, c'était toujours vers l'espace intercostal qu'il s'avançait, et non du côté des vertèbres. La prolongation de la douleur avait donc lieu dans le trajet de la branche intercostale.

2° Le *point latéral* existait, comme son nom l'indique, à peu près dans le milieu de l'espace intercostal, ou plutôt dans le prolongement d'une ligne verticale qu'on abaisserait du creux de l'aisselle vers la crête de l'os des iles pour les cinq ou six premiers espaces intercostaux, et $0^{m},03$ ou $0^{m},04$ plus en arrière pour les derniers. Il était aussi circonscrit que le *point postérieur*, car il avait de $0^{m},02$ à $0^{m},06$ d'étendue. Lorsqu'il acquérait la plus grande dimension, c'est dans le sens de la longueur de l'espace qu'il prenait son développement, et par conséquent dans le trajet du nerf, ainsi que le point précédent. Dans les cas très rares où il s'étendait un peu en haut ou en bas, sur les côtes voisines, la douleur perdait beaucoup de son intensité dans ces derniers points, en sorte qu'elle paraissait encore concentrée dans l'espace intercostal lui-même.

3° Quant au *point antérieur* ou *sternal*, il avait un siége un peu plus variable, et était quelquefois multiple. Dans les dix-neuf cas où on le rencontrait, on déterminait de la douleur par la pression, dans un point plus ou moins rapproché du sternum, mais toujours entre cet os et l'union des côtes avec leurs cartilages. L'étendue de ce point n'était pas sensiblement plus considérable que celle des points postérieur et latéral; en sorte qu'on peut signaler comme un caractère remarquable de ces points douloureux, leurs limites extrêmement étroites dans la majorité des cas : fait que j'aurai occasion de rappeler plus loin.

En même temps que ce point antérieur existait dans le lieu que je viens d'indiquer, on en trouvait chez certains malades, quelques autres qu'il n'est pas moins important de faire connaître. C'est ainsi que chez huit il

existait un *point épigastrique* moins circonscrit que les premiers, et sur lequel je reviendrai à propos de la douleur à la pression.

Enfin, aux différents points déjà indiqués, il faut en joindre deux qui existent plus rarement, et qui doivent être, comme les précédents, confondus sous la dénomination commune de *point antérieur*. Dans quelques cas, en effet, la pression causait une douleur vive au sommet de l'appendice xyphoïde, ou immédiatement au niveau de la pointe du cœur.

Quoique ces points douloureux fussent presque toujours parfaitement distincts, il est arrivé néanmoins, dans deux cas, que pendant une certaine partie de la durée de la maladie, la douleur s'est propagée à toute l'étendue des espaces intercostaux affectés. Mais, 1° lors même qu'il en était ainsi, les points précédemment indiqués offraient une sensibilité incomparablement plus vive que le reste des espaces; et 2° il y avait une époque dans le cours de la maladie où les intervalles qui existaient entre eux n'étaient point douloureux ou cessaient de l'être.

Si maintenant nous nous rappelons les considérations anatomiques exposées plus haut, nous serons frappés du rapport qui existe entre le siége de ces trois ordres de points douloureux et la distribution des nerfs dorsaux. Ainsi, en arrière, à la sortie du nerf par le trou de conjugaison, il se détache une branche qui traverse les muscles et se porte à la peau: premier point douloureux. Vers le milieu de l'espace intercostal, le nerf devient plus superficiel, et il s'en sépare un nouveau rameau qui va se rendre aux téguments: deuxième point douloureux. Enfin, à la partie antérieure, auprès du

sternum, vers l'épigastre, le nerf devient plus superficiel encore, et distribue ses rameaux de terminaison aux téguments de la partie antérieure du thorax : troisième point douloureux. Toutes les réflexions que j'ai faites, à propos de la dissémination de la douleur, dans les névralgies précédentes, s'appliquent donc parfaitement à celle-ci.

En considérant la constance de ces divers points douloureux, on a peine à comprendre comment Nicod, qui d'ailleurs a saisi assez bien quelques autres symptômes de la maladie, a pu les laisser passer inaperçus, et comment les autres auteurs, et notamment les auteurs anglais, n'en ont pas fait une description plus précise.

§ III. Forme et nature de la douleur.

Comme dans les névralgies précédentes, les points que je viens de signaler étaient le siége de douleurs de plusieurs espèces, qu'il importe d'étudier séparément.

A. *Douleurs spontanées.* — 1° *Douleur continue et contusive.* — Elle consistait dans une sensation sourde, pénible, ayant une continuité marquée, au moins pendant des espaces de temps assez longs; elle ressemblait toujours beaucoup à celle qu'on produit en exerçant une pression très forte. Cette douleur a été notée bien fréquemment, puisqu'elle n'a manqué, à toutes les époques de la maladie, que dans deux cas sur vingt-deux dans lesquels elle a été recherchée. Alors, en effet, si les malades gardaient un repos absolu, il y avait une absence complète de toute douleur continue, et des élancements plus ou moins fréquents venaient seuls interrompre ce calme parfait. Dans les premiers jours, cette espèce de douleur était ordinairement assez faible; et

lorsque la terminaison favorable approchait, elle s'effaçait peu à peu, en même temps que les élancements devenaient moins vifs et moins fréquents. Elle avait lieu dans les points où la pression, dont il sera parlé plus tard, déterminait de la douleur, mais pas toujours dans tous à la fois; c'est à la partie postérieure qu'elle existait le plus fréquemment.

2° *Élancements.* — Les élancements furent notablement moins fréquents, puisqu'on ne les rencontra que chez quinze sujets, sur vingt-trois chez lesquels ils furent recherchés. Parmi les autres malades, il y en eut six qui n'en éprouvèrent dans aucune circonstance, et un chez qui des élancements qui traversant la poitrine n'avaient lieu qu'à l'occasion de la toux, des grandes inspirations et des mouvements. On voit déjà qu'on aurait tort de regarder les élancements comme le symptôme essentiellement caractéristique de cette névralgie, car dans les cas où ils n'existaient pas, le siége des douleurs, leurs limites étroites, les circonstances dans lesquelles elles s'étaient produites, ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie.

Dans onze de ces cas, le point de départ des élancements put être constaté d'une manière précise. Chez un sujet, ils se faisaient sentir dans les trois points à la fois et y restaient fixés. Chez un second, ils partaient à la fois du point antérieur et du point postérieur, et paraissaient venir se rejoindre au milieu de l'espace intercostal. Chez un autre, ils apparaissaient dans ce milieu même, et divergeaient ensuite vers les deux points extrêmes. Chez les huit derniers, ils naissaient tantôt de la colonne vertébrale, et tantôt de la partie antérieure de la poitrine. Toutefois, les choses ne se passaient pas toujours de la

même manière : il y a eu souvent, et à des époques diverses de la maladie, des variations notables. Ainsi, quelquefois, les élancements, au lieu de parcourir une moitié de la poitrine, comme ils le faisaient habituellement, restaient fixés dans un seul point, et réciproquement. Pour cette névralgie, comme pour les autres, il n'y a pas de règle fixe.

Ces élancements étaient toujours d'autant plus fréquents que la maladie était plus violente. Ils ne l'étaient pas également à toutes les époques de la journée, revenant plusieurs fois par minute pendant quelques heures, et ne se reproduisant ensuite que de loin en loin pendant un temps plus ou moins long. Dans cinq cas, l'augmentation de violence et de fréquence avait lieu principalement la nuit, ou plutôt le soir avant que les sujets pussent se livrer au sommeil.

B. *Douleurs spontanées.* — 1° *Douleur à la pression.* — La pression est, pour la névralgie dorso-intercostale, comme pour les précédentes, le meilleur mode d'exploration qu'on puisse mettre en usage ; c'est même dans l'étude de cette affection qu'on en a compris d'abord toute l'utilité. Il importe donc d'en présenter ici les résultats, et comme cette exploration offre quelques particularités relatives à l'affection qui nous occupe, je vais les faire connaître.

Lorsqu'un malade se plaint d'éprouver une douleur dans une partie de la poitrine, il faut promener le doigt, en pressant légèrement, sur les côtés de la colonne vertébrale et dans la direction de la rangée des trous de conjugaison. S'il existe une névralgie intercostale, au moment où l'on arrive sur le point douloureux, le malade fait un mouvement, comme s'il voulait échapper à la

pression, et se plaint quelquefois très vivement. On continue ensuite à presser sur l'extrémité postérieure des espaces sous-jacents, et l'on atteint un point où la douleur cesse tout-à-coup de se faire sentir. On a ainsi les limites de haut en bas et le nombre des points postérieurs. Il faut ensuite constater avec soin l'étendue de ces points douloureux, en pressant autour d'eux dans tous les sens; on voit que partout la sensibilité naturelle se reproduit brusquement; en sorte qu'une ligne de démarcation très tranchée existe entre cette dernière et la sensibilité morbide. Enfin, il ne faut jamais négliger d'explorer de la même manière le côté opposé de la colonne vertébrale, dont l'insensibilité à la pression est un point de comparaison excellent. On compte ensuite, de haut en bas, les espaces vertébraux de la région dorsale, afin de déterminer quels sont, dans leur ordre numérique, les nerfs où siége la douleur.

On fait, en avant, la même opération, en commençant toujours par le premier espace intercostal, afin que, par la transition brusque des espaces sains aux espaces malades, on puisse obtenir un résultat précis, et d'autant plus précieux, que le malade, ignorant nécessairement dans quel point de la partie antérieure doit correspondre la douleur de la partie postérieure, ne saurait nous induire en erreur par un motif quelconque. Puis, en comptant les espaces intercostaux de haut en bas, on voit s'il y a coïncidence entre le nombre et le siége des points douloureux. Pour constater le point latéral, on suit toute la longueur de l'espace intercostal, en pressant partout de la même manière.

Il faut encore moins négliger, pour ces deux derniers points, d'explorer le côté sain et de le comparer au côté

malade. Il est, en effet, certains sujets chez lesquels une pression médiocrement forte, exercée entre les côtes, soit à la partie antérieure, soit sur les parties latérales de la poitrine, détermine de la douleur; mais alors, les deux côtés sont également douloureux, et dans une étendue très grande. S'il existe une névralgie intercostale, il n'en est pas de même. Un côté est très douloureux dans des points très limités, tandis que l'autre n'est le siége que d'une douleur très supportable ou tout-à-fait nulle. Il ne faut, d'ailleurs, dans les cas de névralgie intercostale, qu'une pression fort légère pour produire une vive souffrance, et en ayant soin d'explorer le thorax avec beaucoup de ménagement, on évitera toute cause d'erreur.

A l'aide de la pression ainsi exercée, on découvrait, chez les sujets dont j'ai recueilli l'observation, les limites exactes de la douleur, et souvent il arrivait qu'elles étaient beaucoup plus restreintes que ne le disait le malade. C'est, comme je l'ai dit plus haut, dans les points occupés par la douleur contusive, qu'on trouvait la douleur à la pression; elle existait par conséquent plus fréquemment auprès de la colonne vertébrale et à la partie antérieure de l'espace intercostal, que dans le point latéral. Quant à son intensité, elle était très variable; car, chez quelques sujets, il suffisait de promener le doigt sur la peau, ou de la soulever légèrement entre deux doigts, pour produire une vive douleur, tandis que chez d'autres il fallait une certaine pression. Mais, même dans ces derniers cas, on ne pouvait avoir le moindre doute sur l'existence du symptôme, puisqu'une pression beaucoup plus forte du côté opposé ne produisait aucun effet.

Pour terminer ce que j'ai à dire de la douleur à la pression, il ne me reste plus qu'à indiquer quelques particularités relatives au point épigastrique. Dans les cas où ce point existait, la pression déterminait une douleur vive très près de l'extrémité recourbée des cartilages, et dans une étendue correspondant exactement aux espaces intercostaux affectés. Elle n'était évidemment qu'une prolongation de la douleur névralgique de ces espaces.

Quant à la limite interne de ce point épigastrique, elle était bien plus remarquable encore. Dans quatre cas, en effet, la douleur s'arrêtait brusquement à la ligne médiane, qu'elle n'atteignait pas même dans tous ses points, et il y avait cela d'extrêmement remarquable que, à 5 ou 6 millimètres de distance, et dans deux points qui n'étaient séparés que par la ligne médiane, on trouvait ici une douleur des plus vives à la plus légère pression, et là une absence complète de toute sensibilité morbide à la pression la plus forte ; dans deux autres cas, la douleur ne s'étendait pas au-delà de 0m,02 en dedans de l'extrémité des cartilages. Chez les deux derniers sujets, elle dépassait un peu la ligne médiane, mais ne s'étendait jamais jusqu'aux cartilages du côté opposé.

Pour compléter cette description et pour bien faire connaître les divers points que je viens de signaler, je vais présenter, comme exemple, l'observation suivante :

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Névralgie dorso-intercostale survenue dans la convalescence d'une colique saturnine. Les trois ordres de points sont très distincts ; vésicatoires volants ; guérison rapide.

N. Collut, âgé de 25 ans, non marié, travaillant à la cé-

ruse, auparavant journalier, est entré à l'hôpital Beaujon le 23 avril 1840.

Il est assez bien constitué, maigre, et d'une taille ordinaire. Il a peu de barbe et les cheveux châtains. Sa nourriture est bonne, et il jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a un an, habitant un cabinet obscur et humide, il fut retenu huit jours au lit par des douleurs qu'il éprouva dans le côté gauche de la poitrine, et surtout dans le dos. C'était la première fois qu'il était atteint de pareilles douleurs; elles n'étaient point accompagnées de toux.

Il y a deux mois environ, il commença à travailler dans une fabrique de blanc de céruse. Le 19 avril, après quelques jours de malaise, il fut pris d'une colique de plomb, pour laquelle il entra le surlendemain à l'hôpital. Cette maladie n'offrit rien de particulier dans sa marche ou ses symptômes; seulement, le malade dit qu'il éprouvait, par moments, des élancements douloureux dans l'épaule gauche en arrière, élancements qui s'étaient déjà montrés quinze jours avant son entrée, et n'avaient duré qu'un jour. Le 5 mai, il était convalescent de son affection saturnine, qui avait cédé au traitement de la Charité; il n'éprouvait aucune douleur, et les forces revenaient graduellement.

6 *mai*. — Hier, le malade est resté levé une partie de la journée, et s'en est bien trouvé; mais le soir, il a commencé à ressentir de nouvelles douleurs lancinantes dans la partie postérieure gauche du dos. D'abord légères, ces douleurs acquirent graduellement une intensité plus grande, et la nuit elles empêchèrent le sommeil.

Aujourd'hui, la face est pâle, un peu fatiguée. Les douleurs persistent; l'examen du thorax donne le résultat suivant: en arrière et à gauche, le long de la gouttière vertébrale, à un centimètre des apophyses épineuses, et dans les 8e, 9e, 10e et 12e espaces intercostaux, on trouve une douleur très vive à la pression dans un point circonscrit, de 2 centim. de diamètre environ. De plus, dans le dernier de ces espaces, il

existe un autre point douloureux, mais moins bien circonscrit que les précédents, à 0,06m environ des apophyses épineuses. Sur le trajet d'une verticale abaissée du creux de l'aisselle, la pression est douloureuse dans les espaces intercostaux ci-dessus indiqués; elle l'est aussi au-dessous du 12e et sur la même ligne, jusque près du rebord de la crête iliaque, mais dans des points moins bien circonscrits que les précédents. En avant, au niveau des cartilages costaux, il y a aussi des points douloureux à la pression; mais les espaces auxquels ils correspondent sont plus difficiles à déterminer. Cependant, l'un d'eux paraît appartenir au 9e, et un autre est en regard du 11e. Sensibilité très grande à l'épigastre du côté gauche, se prolongeant, à droite, 2 centimètres au-delà de la ligne médiane.

Des douleurs lancinantes parcourent en divers sens la moitié gauche du thorax; les unes nées de la partie antérieure, remontent, et arrivent quelquefois jusqu'à l'épaule; les autres vont du milieu d'un espace à l'une de ses extrémités. Les douleurs reviennent par accès, et les grandes inspirations les réveillent.

État normal de la poitrine à la percussion et à l'auscultation; pas de toux. — Appétit bon; langue naturelle. — Pas de chaleur à la peau. Pouls à 52; souple, régulier. (*Solut. sir. gom.; bain;* 1/4.)

8 *mai.*—Depuis hier au soir, les élancements ont complétement cessé; la nuit a été bonne, et actuellement le malade, lorsqu'il reste en repos, n'éprouve aucune souffrance: il se trouve seulement très faible.

Points douloureux à la pression, en arrière, à gauche, près du rachis, dans les 5e, 6e et 7e espaces intercostaux; latéralement dans la verticale abaissée de l'aisselle, points également douloureux, circonscrits, pouvant être recouverts avec la pulpe du doigt, et siégeant dans les 6e, 7e, 8e, 11e espaces intercostaux et au-dessous de la dernière côte. En avant, la pression donne le même résultat que le 6 mai.

Langue large, humide, rosée ; appétit bon, pas de soif. Ventre indolent, sauf dans la fosse iliaque droite. Hier, quelques borborigmes sans coliques, et sept selles liquides; la dernière à 3 heures du matin. Pas de fièvre. (*Sol. sir. gom.* 2 *p.* — *lav. laud.* 10 *gouttes*; 2 *potag.*)

9 *mai.* — Les élancements n'ont pas reparu. Le malade se trouve bien. La pression est encore douloureuse dans les points indiqués hier. Pas de toux ni de fièvre; plus de dévoiement. (*Sol. sir. gom.*; 2 *potag.*)

10 *mai.* — Aucune douleur spontanée. Les points douloureux du dos ont disparu; latéralement, il en existe un dans le 5ᵉ espace seulement, et un autre très léger au-dessous du rebord des côtes; en avant, la douleur à la pression est limitée au creux épigastrique et dans la moitié gauche, sans dépasser comme précédemment la ligne médiane. — État général satisfaisant. (*Mauve sucrée*; 1/8.)

12 *mai.* — Ce matin, à cinq heures et demie, le malade a ressenti presque tout-à-coup, à la partie antérieure gauche du thorax, près du mamelon, une douleur très vive qui persiste encore actuellement. Il craint de faire de grands mouvements respiratoires, et redouterait de tousser à cause de l'intensité de la douleur, qui siége au-dessous du mamelon gauche, mais dont le maximum à la pression est à un pouce en avant de l'extrémité sternale de la dernière côte. — Rien d'anormal à l'auscultation, ni à la percussion. Apyrexie complète. — Pas de selles depuis deux jours. (*Mauv. suc.*; *lav. purg.*; 2 *vésicat. vol.*, *l'un sous le mamelon*, *l'autre en avant*; 2 *potages.*)

13 *mai.* — Quelques légers élancements pendant la nuit; ce matin, presque plus de douleur. — Aucun point douloureux à la pression dans le thorax ni à l'épigastre. Trois selles naturelles depuis hier; langue nette, humide. Apyrexie. (*Mauv.*; *riz gom.*, 2 *p.*; 1/8.)

Aucune souffrance les jours suivants; il se lève toute la journée, et mange les *trois quarts*.

19 *mai*. — Les grandes inspirations et la pression exercée avec force, dans les points précédemment indiqués, ne déterminent aucune douleur. Le malade sort guéri.

Dans ce cas remarquable, nous voyons survenir, chez un sujet en convalescence d'une colique de plomb, des douleurs lancinantes dans le côté gauche de la poitrine, où l'on découvre par l'exploration des points douloureux circonscrits, occupant le siége habituel de la névralgie dorso-intercostale. Pouvait-on, en présence de ces symptômes, douter de l'existence de la névralgie? Non, sans doute, et si chez les sujets affectés de maladie saturnine il existe quelquefois dans le thorax des douleurs vagues, dont on ne peut pas placer le siége dans les nerfs, il n'en était pas ainsi dans le cas présent.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la délimitation exacte des points douloureux; elle était telle, qu'une assez grande partie des espaces intercostaux affectés était entièrement indolore sous la plus forte pression, et que la sensibilité excessive de ces divers points paraissait plus frappante par le contraste. A l'épigastre, les points douloureux étaient si parfaitement en rapport avec ceux qu'on trouvait dans les espaces intercostaux, et ils se limitèrent si bien après les premiers jours, que la nature de la douleur et sa source ne pouvaient être méconnues; il n'aurait pas été possible d'admettre l'existence d'une inflammation de l'estomac, quand même il y aurait eu du côté de cet organe quelques troubles de fonctions qui manquaient entièrement. Nul doute, cependant, que si l'on se fût borné à explorer la région épigastrique, sans remonter plus haut vers la source des douleurs, on ne se fût exposé à une erreur qui probablement a été bien souvent commise.

Mais, quelle est la part de la colique saturnine dans la production de la névralgie? ou, en d'autres termes, les douleurs nerveuses doivent-elles être regardées comme un de ces symptômes qui accompagnent les maladies de plomb, et auxquels M. Tanquerel Desplanches (1) a imposé le nom générique d'arthralgies saturnines? Il me paraît très difficile de répondre positivement à cette question, et on le comprendra sans peine. Lorsqu'on a étudié les douleurs dans les maladies saturnines, on n'a eu guère pour se guider, dans le diagnostic, que l'indication du trajet des douleurs fournie par les malades; or, cette indication peut paraître suffisante pour les douleurs des membres, et surtout des membres inférieurs; mais dans le tronc où plusieurs nerfs peuvent être affectés à la fois, où la douleur a une intensité variable dans les divers points de son étendue, et où par conséquent le siége doit paraître moins précis au malade, il faut une exploration attentive de la part de l'observateur, et l'on ne peut dire: il y a ou il n'y a pas névralgie, si l'on n'a suivi, dans cette exploration, la marche que j'ai recommandée plus haut.

Nous serions donc dans l'impossibilité de nous former une opinion sur ce point, si une considération particulière ne venait jeter quelque doute sur la réalité d'une relation de cause à effet, entre l'intoxication saturnine et l'apparition des douleurs thoraciques. Long-temps avant de travailler dans la fabrique de blanc de céruse, cet homme avait eu dans le dos et le côté gauche du thorax des douleurs assez fortes pour lui faire garder le lit pendant huit jours; cependant il n'y avait rien du côté des poumons. Tout porte

(1) *Traité des maladies de plomb.* Paris, 1839, t. I, pag. 493.

à croire que cette douleur était de la même nature que celle qui fut observée à l'hôpital ; et si nous avons égard à la tendance des névralgies à récidiver, nous n'aurons pas besoin, pour expliquer la reproduction de cette maladie, d'avoir recours à l'influence du plomb sur le système nerveux. Cependant, je le reconnais, on peut admettre que l'intoxication saturnine a été au moins la cause déterminante.

Cette discussion, à laquelle j'ai été forcé de me livrer, ne m'a pas conduit, comme je l'avais prévu, à une solution rigoureuse de la question ; mais elle servira, je l'espère, à montrer tout ce qui reste encore à faire dans l'étude des douleurs.

Je me suis conduit, dans ce cas, comme s'il n'y avait aucune indication particulière ; j'ai traité la maladie par les vésicatoires volants sur les points douloureux, et l'événement a prouvé que j'avais raison. Dès le lendemain de l'application des deux vésicatoires, l'amélioration a été telle, qu'on pouvait déjà considérer le malade comme presque complétement guéri, et un jour après la névralgie avait entièrement disparu. Une circonstance a rendu plus évidente encore l'efficacité des vésicatoires volants. Lorsque l'existence de la névralgie fut parfaitement constatée, il y avait un léger dévoiement ; je ne crus pas devoir, pour ce motif, employer un moyen qui, chez les sujets affectés de névralgie, donne lieu quelquefois à des symptômes intestinaux. D'un autre côté, je désirais m'assurer si les douleurs nerveuses étaient ou non symptomatiques de l'entérite. Pendant quatre jours, je me bornai à traiter cette dernière maladie. Elle céda bientôt. Il n'y avait plus aucun symptôme du côté de l'abdomen, les selles liquides étaient supprimées depuis

deux jours, et cependant la névralgie avait plus d'intensité que jamais. Le moment d'agir contre elle était venu, et les vésicatoires la dissipèrent rapidement. Toutes ces particularités donnent à ce fait l'intérêt le plus grand.

2° *Douleur causée par les inspirations.* — Les inspirations un peu fortes causaient de la douleur dans vingt cas sur vingt-deux, dans lesquels des renseignements ont été pris à cet égard. Le malade chez qui l'inspiration n'en déterminait point est le même qui n'en éprouvait pas dans les secousses de la toux. On peut dire d'une manière générale que l'inspiration n'a jamais donné lieu à une douleur extrêmement vive. C'est encore dans les points décrits plus haut que cette douleur se faisait sentir.

3° *Douleur causée par la toux.* — Les secousses de la toux déterminèrent de la douleur chez douze sujets sur treize qui furent interrogés sous ce rapport, c'est-à-dire chez presque tous. Le treizième, qui n'éprouvait aucune douleur en toussant, avait néanmoins des élancements fréquents et des points très sensibles à la pression; ce qui rend cette exception très remarquable.

La douleur causée par la toux ne se faisait pas toujours sentir dans tous les points où d'autres moyens d'exploration faisaient reconnaître une exaltation de la sensibilité. C'est ainsi que chez trois malades, dont les espaces intercostaux étaient douloureux à la pression dans quatre points, la toux ne réveillait la douleur que dans deux ou trois; chez quatre, qui avaient trois points douloureux à la pression, la toux n'en révélait qu'un ou deux. Dans cinq cas seulement, la douleur existait

dans le même nombre de points, qu'on la déterminât par l'un ou l'autre de ces deux moyens.

Les points dans lesquels la toux causait la douleur, étaient, par ordre de fréquence, les suivants :

Point postérieur.	12 fois sur 16 (1).
Point antérieur.	8
Point latéral.	5

Ce résultat vient encore à l'appui de ce qui a été dit relativement à l'occupation plus fréquente du point vertébral par la douleur névralgique ; car, jusqu'à présent, c'est là que nous l'avons vue exister avec la plus grande constance et la plus grande intensité. Quant aux deux autres points, ils se trouvent encore dans l'ordre de fréquence qu'ils avaient suivi jusqu'à présent.

La douleur causée par la toux n'était pas toujours de la même nature. Dans le plus grand nombre des cas (sept fois sur douze), elle était semblable à celle qui était déterminée par la pression, c'est-à-dire contusive. Dans quatre de ces cas, elle était d'une vivacité telle, que par aucun autre moyen d'exploration on ne parvenait à lui donner la même intensité. Chez trois des malades qui étaient dans ce cas, il y avait une toux occasionnée par une affection des poumons (bronchite deux fois, tubercules une fois). Chez les cinq autres sujets, la douleur occasionnée par la toux avait un caractère différent; elle consistait en élancements ou picotements incommodes, qui tantôt restaient fixés dans le lieu où ils se produisaient, et tantôt s'irradiaient d'un point à un autre. Ce caractère lancinant de la douleur, quoique provoqué par les mouvements du thorax, n'en est pas moins très digne de remarque.

(1) Les seuls qui en fassent mention.

4° *Douleur occasionnée par les mouvements, soit du tronc, soit du bras.* — Chez onze sujets, un mouvement un peu étendu du bras ou du tronc produisait les deux espèces de douleur dont il vient d'être question. Dans tous ces cas, on avait déjà constaté une douleur d'une vivacité notable, au moins dans un point, à l'aide des autres moyens d'exploration, et c'était toujours lorsque cette douleur était parvenue à son *summum* d'intensité qu'il suffisait du mouvement du bras pour l'augmenter au point de la rendre très pénible. Cependant, il faut dire qu'en général les douleurs occasionnées par les mouvements du bras ou de la totalité du tronc étaient moins vives que celles qui étaient causées par le soulèvement des côtes dans l'acte de la respiration. Une seule fois elles furent assez fortes pour rendre la marche très difficile, et même pour l'arrêter; mais alors il n'y avait aucune angoisse, aucune menace de suffocation, rien qui pût faire croire qu'il s'agissait d'une angine de poitrine. La malade s'arrêtait parce que la douleur locale était trop poignante, comme elle se serait arrêtée pour une douleur causée par un violent rhumatisme.

Quant à la fréquence avec laquelle tel ou tel point offrait une augmentation de douleur sous l'influence de ces mouvements, elle est la suivante :

Point postérieur.	11 fois sur 17 (1).
Point antérieur.	9
Point latéral.	5

Ainsi, sous quelques points de vue qu'on envisage ces douleurs, on retrouve toujours une proportion à peu près la même entre ces trois points.

(1) Les seuls cas qui en fassent mention.

Dans la moitié des cas où les mouvements déterminaient de la douleur, celle-ci se montrait sous forme d'élancements ou de picotements, ayant les mêmes caractères que ceux qui ont été précédemment indiqués. Une chose digne de remarque, c'est que, dans certains cas, les mouvements des côtes, occasionnés par les efforts de la toux ou des inspirations, causaient des douleurs dans un point, tandis que les mouvements du bras et de la totalité du tronc les faisaient naître dans un point très différent, et cela sans aucune règle; en sorte qu'on ne peut pas chercher dans l'anatomie la cause de ce phénomène.

§ IV. Réflexions générales sur les douleurs observées dans la névralgie dorsale.

J'ai longuement insisté, dans le cours de cette description, sur tout ce qu'il y avait de remarquable dans les douleurs provoquées ou non, sous les rapports du siége, de la fréquence, de l'intensité, etc.; il est donc inutile d'y revenir ici. Je remarquerai seulement que les malades eux-mêmes savaient très bien indiquer, dans certains cas, les principales particularités de ces douleurs, et cela sans être nullement dirigés par l'interrogatoire du médecin. Je citerai à ce sujet un fait qui a passé trop rapidement sous mes yeux pour que j'aie pu le recueillir, mais qui m'a frappé. Il se présenta, en 1838, à la consultation du Bureau central des hôpitaux, une petite fille de 9 ans, paraissant fort intelligente, qui, sur la simple demande d'indiquer le siége de son mal, répondit : « J'ai mal là, là et là », en montrant successivement avec l'extrémité de son doigt le point postérieur, le point médian et le point antérieur. Elle ajouta que la

douleur était vive, surtout lorsqu'elle respirait fortement. Cette petite fille étant ensuite examinée avec soin, je reconnus, dans les huitième et neuvième espaces intercostaux, les points douloureux qu'elle avait désignés et qui étaient très limités.

On se demandera peut-être, après avoir lu tous ces détails, comment il se fait qu'une névralgie aussi bien caractérisée soit si généralement méconnue. Mais j'ai déjà dit que l'exploration était rarement faite convenablement, et que les douleurs de poitrine, lorsqu'elles se manifestent sans que l'auscultation et la percussion dénotent une affection des organes respiratoires, sont mises sur le compte du rhumatisme musculaire. Il n'est donc pas étonnant que les faits les plus évidents aient échappé aux observateurs, même les plus exacts. Ce qui est certain, c'est que plusieurs médecins, dont l'attention a été dirigée dans ces derniers temps sur cette espèce d'affection, ont fort bien reconnu des cas de névralgie intercostale, qu'ils avaient jusque là laissé passer inaperçus. Aussi, je ne doute pas que bientôt les faits ne se multiplient rapidement.

Section II. — Douleurs dans des parties du corps plus ou moins éloignées du siége de la maladie, ou complications.

Les cas dans lesquels il n'y a eu de la douleur, à toutes les époques de la maladie, que dans le trajet d'un ou plusieurs nerfs intercostaux ont été rares; mais les douleurs dont les autres parties du corps ont été atteintes étaient de nature diverse. Il importe donc de les étudier séparément.

§ Ier. Symptômes de nature névralgique.

Sur dix-sept malades qui ont offert des douleurs con-

comitantes, il en est seize qui ont eu dans quelque partie du corps des symptômes névralgiques plus ou moins intenses et de plus ou moins longue durée. Voici quelle a été la proportion des cas, suivant le siége :

SIÉGE.	NOMBRE DES CAS.
Tête.	9
Membres inférieures	6
Membres supérieurs.	6
Lombes et hypogastre.	8
Total. . .	29

Les douleurs de cette nature, qui avaient lieu dans la tête, étaient caractérisées par un sentiment de contusion ordinairement très incommode, auquel venaient se joindre, plus ou moins fréquemment, des élancements rapides. Lorsque la douleur était très violente, il y avait, dans le trajet parcouru par les élancements, deux ou trois points douloureux à la pression. Ils étaient très limités et correspondaient au trou sus-orbitaire, à la bosse pariétale et à l'apophyse mastoïde; les élancements partaient tantôt de l'un, tantôt de l'autre de ces points.

Les douleurs des membres inférieurs avaient lieu d'un seul côté chez quatre des six sujets qui les présentaient; elles suivaient le trajet du nerf sciatique et avaient les mêmes caractères que les précédentes.

Parmi les malades qui ont eu des douleurs dans les

bras, il n'en est qu'un seul qui les ait ressenties d'un seul côté, et du côté de la névralgie dorso-intercostale. Elles étaient peu intenses et consistaient en élancements qui ne suivaient pas de trajet déterminé.

Dans la partie inférieure du tronc, il existait aussi des douleurs de même nature que les précédentes, qui, partant d'une ou de plusieurs vertèbres, se portaient plus ou moins loin, en contournant le bassin ; cinq fois elles siégeaient à gauche et trois fois des deux côtés.

On voit, d'après cette description, qu'il était rare de rencontrer des malades qui n'eussent pas plusieurs névralgies à la fois. Nicod avait déjà signalé ce fait, quoique d'une manière un peu vague. On doit avoir remarqué également que c'est le plus souvent du côté gauche qu'existaient ces névralgies concomitantes, en sorte que la plus grande fréquence de ces douleurs nerveuses d'un côté était en rapport avec ce qui se passait dans la névralgie dorso-intercostale elle-même.

§ II. Douleurs de nature non névralgique.

Nous venons de voir que, dans un certain nombre de cas, la *céphalalgie* pouvait avoir un caractère névralgique très prononcé; mais, dans d'autres, elle ne différait pas de la douleur de tête qui se rencontre dans un si grand nombre de maladies de toute espèce, c'est-à-dire qu'elle occupait une partie de la tête peu circonscrite, qu'elle était gravative, sans élancements et sans points douloureux à la pression. Cinq malades ont présenté cette espèce de céphalalgie d'une manière plus ou moins notable; mais ce symptôme n'a point persisté pendant tout le cours de la maladie, et ne s'est guère montré que

lorsqu'il y a eu quelques symptômes légers de fièvre, ou quelque trouble des fonctions digestives.

Des douleurs de nature rhumatismale se sont également montrées chez un certain nombre de sujets. Une malade a éprouvé, pendant le cours de la maladie, un *torticolis*, caractérisé par une douleur plus considérable dans les mouvements de la tête que sous la pression, siégeant dans presque toute l'étendue du muscle trapèze, et principalement dans ses attaches supérieures. Cette affection s'est dissipée d'elle-même en quatre jours. Une autre a ressenti des douleurs semblables dans le moignon de l'épaule, et cinq sujets les ont eues dans les lombes.

Ainsi donc, lorsqu'il existait chez les sujets atteints de névralgie intercostale une douleur ayant son siége dans un point plus ou moins éloigné de la poitrine, elle était le plus souvent de nature névralgique; ce qui doit nous porter à admettre que, dans le plus grand nombre des cas, il y avait une prédisposition générale aux névralgies.

Section III. — Symptômes fournis par les voies respiratoires et les voies digestives.

§ Ier. Voies respiratoires.

Bien convaincu de la nécessité d'explorer avec soin la poitrine, dans une affection qui a pour siége les parois de cette cavité, je l'ai fait, dans tous les cas, avec le plus grand soin; mais il serait trop long d'exposer ici les nombreux détails que j'ai consignés dans mes notes, et je dois me borner aux généralités les plus importantes.

Jamais il n'y eut la moindre altération de la sonorité du thorax, ou du bruit respiratoire, dans le

point occupé par la névralgie. Chez les sujets même qui étaient affectés de bronchite, il n'y avait pas de râle sous-crépitant, l'inflammation n'ayant pas atteint les dernières ramifications des bronches. Quelques sujets avaient, sous les clavicules, un peu de matité, et d'autres une sonorité augmentée dans certains points; ces signes, fournis par la percussion, correspondaient à des altérations du bruit respiratoire indiquant, soit la phthisie pulmonaire, soit un emphysème bien caractérisé. Quant à la dyspnée et à la toux, elles n'avaient jamais lieu lorsque la maladie était simple.

On peut donc dire, d'une manière générale, qu'il n'y avait, dans l'appareil respiratoire, aucune lésion dont les douleurs précédemment décrites pussent être les symptômes, et que toute la maladie existait évidemment dans les parois thoraciques.

§ II. Voies digestives.

Les mêmes raisons me forcent à passer rapidement sur les troubles des fonctions digestives. Ils ne furent jamais très considérables, puisque, dans aucun cas, l'appétit ne fut complétement perdu. Cependant il y eut chez quelques sujets, mais d'une manière fugitive et à des époques très variées de la maladie, des nausées, des aigreurs, un mauvais goût à la bouche, et même des selles liquides. Mais, si on examine attentivement les faits, on voit bientôt qu'il n'y a eu aucun rapport de cause à effet entre les douleurs nerveuses et ces symptômes.

Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les dérangements des fonctions digestives avec les exacerbations de la maladie. Chez huit malades qui ont pré-

senté ces dérangements, il n'a existé aucun signe de rapport évident entre ceux-ci et l'intensité des douleurs; dix-sept fois (1) les nausées, le dégoût, les rapports âcres ou amers, la pesanteur à l'épigastre, les selles liquides, ont été notés, et huit fois seulement il y eut une exacerbation concomitante de la douleur, tandis que neuf fois celle-ci, au lieu d'avoir augmenté, avait diminué notablement. Ainsi donc aucune relation entre ces deux ordres de phénomènes. Lorsque la douleur épigastrique était portée au plus haut degré, les digestions étaient indifféremment normales ou troublées; dans les cas les plus tranchés, dans ceux où il y a eu les dérangements les plus fréquents du côté des voies digestives, j'ai toujours trouvé quelque cause particulière qui très probablement les avait fait naître. Chez un sujet, l'application d'un vésicatoire très douloureux causa un mouvement fébrile manifeste; chez un autre, ce fut l'emploi du sulfate de quinine qu'on fut obligé de suspendre; et chez un troisième, l'usage réitéré des purgatifs, etc. Dans tous les autres cas, l'état des organes digestifs fut toujours très satisfaisant, quoique les douleurs ne laissassent pas de présenter fréquemment des exacerbations.

C'est donc un fait acquis pour nous que les troubles les fonctions digestives ne sont pas, au moins dans la très grande majorité des cas, un symptôme de la névralgie intercostale.

Section IV. — Etat de l'appareil circulatoire.

Cœur. — Il n'y avait jamais, même lorsqu'il existait

(1) Il s'agit ici du nombre de jours pendant lesquels l'observation a été répétée, et non du nombre des malades.

un emphysème plus ou moins avancé, des signes d'une affection organique du cœur : point de matité anormale à la région précordiale; point d'impulsion exagérée, point de voussure pathologique. Dans trois cas, il y eut des palpitations, mais légères et non continues. On ne trouvait d'ailleurs aucune irrégularité un peu notable dans le rhythme des battements; les bruits, généralement purs, présentèrent chez trois sujets un léger souffle au premier temps. Mais cette faible altération n'était pas continue et ne constituait pas un trouble réel de la circulation. Chez tous les autres sujets, le cœur était dans un état parfaitement normal.

Pouls. — Le pouls n'eut pas une grande fréquence, si ce n'est dans un seul cas où, pendant tout le cours de la maladie, il varia de 88 à 118 pulsations, plus souvent rapproché de ce dernier nombre que du premier. Mais le sujet de cette observation avait un emphysème pulmonaire, joint à une bronchite chronique prenant fréquemment le caractère aigu ; en sorte qu'on ne saurait attribuer l'augmentation de fréquence du pouls à l'existence de la névralgie. S'il en fallait une preuve plus positive, je ferais remarquer que l'accélération du pouls ne suivait pas dans ses variations l'intensité de la douleur, car celle-ci fut constamment considérable, tandis que le nombre des pulsations augmentait ou diminuait, suivant que la toux, la gène de la respiration, les symptômes d'entérite, étaient plus ou moins prononcés. Les mêmes réflexions s'appliquent à deux autres sujets, dont l'un était atteint d'une phthisie déjà assez avancée, et l'autre d'une péritonite chronique.

Généralement, le pouls varia de 60 à 76 pulsations, et resta tel lorsque les malades furent guéris et quittèrent

l'hôpital. Les douleurs présentèrent néanmoins des exacerbations fréquentes et violentes ; mais il arriva souvent que, loin de constater une augmentation du nombre des pulsations en rapport avec leur vivacité, je notai tout le contraire ; on peut en juger par les deux exemples suivants :

1er EXEMPLE.

Date.	État de la douleur.	Pouls.
15 janv.	Sourde faible.	72
19 —	— —	66
28 —	Vive lancinante, exacerbation violente. .	72
1er février	Beaucoup diminuée (*vésicatoire*). . . .	80
7 —	Presque nulle.	78

2e EXEMPLE.

Date.	État de la douleur.	Pouls.
20 mars.	Vive.	70
9 avril.	Extrêmement vive, exacerbation violente.	64
18 —	Presque nulle.	76

Je pourrais facilement multiplier ces exemples ; mais ce serait une répétition inutile.

Dans aucun cas, la *régularité* du pouls ne fut altérée, si ce n'est chez une malade affectée de péritonite, affection devenue chronique, mais qui avait débuté par des symptômes d'une acuité non douteuse. Chez tous les autres sujets, il n'y avait rien qui indiquât un état fébrile un peu intense.

De tout ce qui précède, on peut conclure que la névralgie intercostale est sans influence notable sur la circulation, et que dans les cas où celle-ci présente quel-

que trouble, il faut le rapporter à toute autre cause qu'à la plus ou moins grande violence des douleurs.

Après avoir parlé de l'état de la circulation, je crois convenable de passer immédiatement en revue les autres symptômes du mouvement fébrile.

Section V. — État de la face, frissons, chaleurs, sueurs, etc.

La face ne présenta un aspect digne d'être noté que dans un petit nombre de cas. Chez les sujets atteints d'affections chroniques, elle était pâle et exprimait la souffrance. Il en était de même chez une malade qui avait eu des symptômes d'hystérie et même de catalepsie depuis plus d'un an; un autre sujet eut pendant quelques jours la face rouge et animée, et les yeux brillants: il y avait en même temps céphalalgie générale et plusieurs autres symptômes fébriles. Cet état eut lieu à la suite de l'application d'un vésicatoire très douloureux.

Une seule fois, on constata des frissons bien marqués, mais non suivis de sueurs. Chez les sujets qui avaient des affections chroniques, on notait souvent le soir une augmentation plus ou moins grande de la chaleur, et chez la malade atteinte de péritonite, des sueurs copieuses qui l'affaiblissaient beaucoup.

Dans tous autres cas, sans exception, c'est-à-dire dans la grande majorité, la face était comme dans l'état de santé; la chaleur de la peau n'était pas élevée, il n'y avait ni frissons ni sueurs, et, en un mot, aucun des symptômes qui peuvent se rattacher à un mouvement fébrile même très faible, ou à une surexcitation quelconque.

Section VI. — Etat des organes génito-urinaires.

Parmi les vingt femmes, une seule n'avait pas encore été réglée ; elle avait 17 ans; quatre avaient vu leurs règles s'arrêter à une époque plus ou moins éloignée, et deux d'entre elles conservèrent une suppression complète pendant le cours de la maladie. Chez deux autres, les règles se rétablirent ; mais leur retour ne coïncida qu'une fois avec la guérison solide de la névralgie.

Chez cinq malades, les règles étaient peu abondantes et revenaient à des époques fort irrégulières. Il y avait des retards de plusieurs semaines. Toutes les autres furent réglées, dans le cours de leur névralgie, comme en parfaite santé.

Plusieurs avaient des flueurs blanches; mais je ne saurais en indiquer la proportion exacte, les renseignements à cet égard manquent pour un certain nombre. Dans aucun cas, la leucorrhée n'était très considérable. Elle n'avait subi aucune modification depuis l'apparition de la maladie.

Une malade avait une affection syphilitique aiguë, consistant en tubercules plats, écoulement purulent, rougeur et granulation des lèvres du col, chancre sur le côté gauche de cet organe. La névralgie cessa longtemps avant que ces symptômes eussent perdu de leur intensité.

L'existence d'une douleur dans le col utérin fut recherchée chez trois femmes qui avaient une névralgie violente ; chez deux, le col était complétement indolent ; chez l'autre, il n'y avait qu'une douleur extrêmement légère, sans gonflement, sans chaleur, sans écoulement, et on constatait un renversement assez prononcé de l'utérus.

Il n'y eut, dans aucun cas, rien de remarquable ni dans l'émission, ni dans l'apparence des urines.

ART. V. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DE LA MALADIE ; LÉSIONS ANATOMIQUES.

§ Ier. Marche de la maladie.

On chercherait en vain, dans la marche de cette affection, quelque chose de fixe et de régulier. Les différents cas dont j'ai présenté l'analyse ne se ressemblent, comme on a pu en juger par les exemples cités plus haut, que par leur irrégularité extrême.

1° Il m'a été le plus souvent impossible de préciser le *début* de l'affection ; ce qui doit déjà nous faire penser que la douleur ne s'est pas ordinairement montrée d'une manière brusque et avec une intensité considérable, car les malades n'auraient pas manqué de remarquer un début aussi subit. Une femme seulement vit sa maladie commencer de cette manière : elle était déjà en proie à une névralgie fronto-occipitale, lorsque, la nuit, elle éprouva tout-à-coup des élancements dont l'intensité était presque égale à celle qu'ils eurent dans la suite. Chez une autre, les choses se passèrent à peu près de la même manière ; mais la névralgie n'était pas continue : elle apparaissait la nuit, durait deux ou trois jours et se dissipait d'elle-même, pour reparaître subitement après un laps de temps plus ou moins considérable. Chez douze autres, il fut possible de déterminer approximativement le début, qui remontait ordinairement assez loin (de trois semaines à deux mois), et dans ces cas la douleur acquit graduellement son intensité, car, au début, elle était à

peine remarquée par les malades. Enfin, chez les onze autres sujets on n'avait aucune indication précise; ils étaient entrés à l'hôpital pour d'autres maladies qui avaient attiré toute leur atttention; ils ne se plaignaient que fort vaguement de douleurs lancinantes dans la poitrine, mais le premier examen fit reconnaître la névralgie avec tous ses caractères.

2° *Variations de la douleur.* — C'est lorsque la maladie avait acquis tout son développement que ses variations devenaient frappantes. On voyait alors les exacerbations et les soulagements momentanés se succéder de la manière la plus irrégulière, sans qu'on pût, le plus souvent, découvrir la moindre cause de ces fréquentes alternatives de douleur et de calme. Cette marche bizarre de l'affection est celle qu'on a reconnue de tout temps aux névralgies, et bien des observateurs ont cru trouver dans les variations atmosphériques la cause des variations de la douleur. Le tableau suivant va nous montrer l'influence qu'ont pu avoir les divers changements météorologiques survenus pendant que je recueillais les observations.

NOMBRE des observ. (1).	TEMPÉRATURE.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
23	— 0	15	8	2/3 environ.
55	De 1 à 5° + 0	40	15	Moins de 4/5
109	Au-dessus de 5° + 0	63	46	Moins de 3/5.

(1) Il s'agit ici du nombre des observations faites sur les mêmes sujets, et non, comme on le pense bien, du nombre des cas.

On voit, par ce tableau, que les différences considérables de température ont eu une influence assez notable sur les variations de la douleur, qui s'est montrée moins souvent vive lorsque la température était élevée.

Je n'ai point constaté hygrométriquement l'état de l'atmosphère, mais j'ai noté dans mes observations le temps couvert, pluvieux, sec, beau; les temps de neige, etc., et voici le tableau qui résulte de l'analyse des faits.

NOMBRE des observ.	TEMPS.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
140	Humide.	87	53	4/7 environ.
28	Beau, sec.	19	9	2/3 environ.
8	Neige.	8	0	La totalité.

Le fait le plus remarquable qui ressort de ce tableau, c'est la constance avec laquelle la douleur a été violente dans les temps de neige; les observations, quoique peu nombreuses, ont été faites sur des individus différents, ou à des époques de la maladie très éloignées. L'augmentation des douleurs dans certains cas a même été frappante.

Quant à l'influence des vents, qu'il me suffise de dire qu'elle a paru agir de concert avec les deux précédentes, c'est-à-dire que les vents du nord et du nord-est, dont l'existence fut généralement notée lorsque les douleurs étaient vives, régnaient pendant les jours où le temps était sec et froid, et que les vents du sud et du sud-ouest accompagnaient le temps humide et pluvieux. En sorte

que ces trois influences agissaient le plus souvent ensemble, et acquéraient, par ce concours, une puissance plus grande.

J'ai dû présenter ces considérations d'une manière générale afin d'arriver à un résultat; mais on aurait tort de croire que ces influences se font invariablement sentir dans le cours de la névralgie dorso-intercostale. En lisant les observations, on trouve souvent chez un même sujet, et lorsque le temps est resté pendant plusieurs jours le même, des alternatives fréquentes d'augmentation, d'exacerbation, et de diminution de la douleur, sans que l'on puisse, la plupart du temps connaître la cause de ces variations surprenantes. C'est que, outre ces influences, il en est de cachées qui, dans les névralgies comme dans les autres affections, ne sont pas les moins puissantes. Si donc la marche de la névralgie dorso-intercostale est fort irrégulière, il faut attribuer une faible partie de cette irrégularité aux variations atmosphériques, et reconnaître notre ignorance sur la cause principale.

3° *Déclin.* — C'est une opinion généralement reçue que souvent les névralgies disparaissent d'une manière brusque; dans la névralgie dorso-intercostale les choses ne se sont pas passées ainsi. Dans un seul cas, la douleur, qui n'était point ancienne, s'est dissipée complétement en quarante-huit heures, après avoir été vive pendant plusieurs jours; mais il n'y a pas eu, même dans ce cas, disparition subite. Dans tous les autres, la névralgie diminuait peu à peu, présentait encore à la fin quelques alternatives légères, et ne disparaissait complétement qu'après plusieurs jours de cette diminution graduelle. En résumé, la marche de la maladie était la suivante :

invasion graduelle, *état* présentant de nombreuses variations d'intensité, *déclin* graduel comme l'invasion.

4° *Intermittence.*—Je n'ai rencontré qu'une seule fois une intermittence qui parût réellement périodique. Dans ce cas, il y eut pendant un temps assez long deux espèces d'accès dont l'un avait lieu de midi à cinq ou six heures du soir, et l'autre de onze heures du soir à trois ou quatre heures du matin. Ces exacerbations n'étaient point annoncées par un frisson, ni suivies de sueur; la douleur seule était notablement augmentée. Était-ce là une de ces fièvres larvées qu'il est si important de reconnaître? tout semblait l'annoncer; mais l'insuccès du traitement antipériodique vint jeter des doutes sur l'exactitude de ce diagnostic. Le sulfate de quinine, donné à haute dose, causa des troubles dans l'appareil digestif, sans apporter aucun soulagement. Ces faits ne viennent donc pas à l'appui de l'opinion de Nicod, qui pense que la névralgie intercostale est le plus souvent périodique. Dans tous les autres cas, les exacerbations étaient irrégulières.

J'ai recherché si les douleurs étaient plus vives la nuit que le jour. Dans un seul cas il en a été ainsi, mais non pendant toute la maladie. Chez une malade dont l'affection était irrégulièrement intermittente, c'était la nuit que débutaient les douleurs; chez les autres, il n'existait rien de semblable.

§ II. Durée de la maladie.

Il est fort difficile d'indiquer exactement la durée de cette névralgie. J'ai dit plus haut qu'il était, dans la plupart des cas, impossible de fixer le début d'une manière précise; comment donc serait-il possible de con-

naître positivement la durée totale? En général, cette névralgie, comme les autres affections du même genre, a toujours une durée assez longue. Dans les cas, en effet, où j'ai obtenu des renseignements suffisants pour déterminer l'époque du début, la durée a été d'un mois à six mois, et chez les sujets qui présentaient la forme intermittente irrégulière, la névralgie se reproduisait ainsi depuis un temps fort long (d'un à quatre ans), soit qu'on eût employé quelque moyen de traitement, soit qu'à chaque récidive on eût laissé la douleur se dissiper d'elle-même.

§ III. Terminaison de la maladie.

Cette affection ne se termine jamais par la mort; mais elle peut être très rebelle et résister au traitement le plus énergique, ainsi que j'en ai vu un exemple à la Pitié, chez une femme dont la névralgie avait succédé à un zona très douloureux. La douleur à la pression, les élancements, etc., duraient avec la même intensité depuis plusieurs années, malgré plusieurs applications de sangsues, de ventouses scarifiées et de vésicatoires simples ou pansés avec la morphine. Dans certains cas, comme chez les phthisiques, la maladie peut persister jusqu'à la mort.

De seize sujets que j'ai pu traiter d'une manière suivie, douze ont été complétement guéris (1). Des quatre autres, deux ne furent nullement soulagés, et deux n'éprouvaient plus qu'une douleur très supportable, au moment où je cessai de les observer.

(1) Depuis que ces lignes sont écrites, j'ai traité avec succès plusieurs autres sujets. Un de ces cas étant des plus remarquables, j'en parlerai à l'article du *Traitement*.

§ IV. Lésions anatomiques.

Ce serait ici le lieu de parler des *lésions anatomiques*, si j'avais des documents suffisants à cet égard. Mais il faut répéter, pour cette névralgie, ce qu'on a dit si souvent des autres : la maladie n'entraînant pas la mort, les faits sont muets sur ce point. Cependant, il est une circonstance qui peut établir une espèce d'exception pour la névralgie dorso-intercostale. Quand cette affection existe chez des phthisiques, elle persiste jusqu'à la mort, comme je le disais tout-à-l'heure, et l'on peut alors constater l'état des nerfs. Je n'ai eu occasion de le faire que deux fois. Ces organes furent trouvés couverts d'une couche épaisse de pseudo-membranes anciennes; mais ils ne présentaient aucune espèce d'altération, et comparés à ceux du côté opposé, ils étaient tout-à-fait semblables. M. Bassereau, qui le premier a distingué les douleurs intercostales des phthisiques, de celles qui sont causées par les pleurésies partielles, a eu occasion de faire plusieurs autopsies dans des cas analogues, sans arriver à d'autres résultats. Je crois que Siebold est le seul qui ait trouvé le nerf rouge et amaigri; il ne dit pas s'il l'a comparé à celui du côté opposé. Ce cas, au reste, me paraît tout-à-fait exceptionnel, et rien ne prouve que dans la névralgie dorso-intercostale, pas plus que dans les autres, il y ait autre chose qu'une simple altération de fonction. On ne sait sur quoi Nicod s'est fondé pour admettre l'inflammation du névrilème.

ART. VI. — CAUSES.

§ Ier. Causes prédisposantes.

1° *Age.*—Les sujets dont les observations ont servi de base à ce travail et ceux dont M. Bassereau a recueilli l'histoire, étaient âgés de dix-sept à soixante-trois ans. Ils se trouvaient répartis ainsi qu'il suit dans les périodes comprises entre ces deux nombres :

De 17 à 20 ans.	12
20 à 30.	28
30 à 40.	11
40 à 50.	3
50 à 60.	4
Passé 60.	4
Total. . . .	62

Avant de tirer aucune conséquence de ce tableau, il faut avertir que les observations ont été prises dans des hôpitaux où l'on ne reçoit que des malades âgés de seize ans au moins, en sorte qu'on n'en peut rien conclure relativement à l'existence de la névralgie dorso-intercostale chez les enfants. Le fait que j'ai cité plus haut prouve qu'elle peut se montrer à un âge très peu avancé, puisque le sujet n'avait que neuf ans; mais les cas de ce genre doivent être fort rares. J'ai prié, en effet, plusieurs internes de l'hôpital des enfants, dont le talent d'observation m'est bien connu, de noter tous les cas de névralgie thoracique qui pourraient se présenter à eux, et ils n'en ont encore découvert aucun.

2° *Sexe.* — Des vingt-cinq malades dont j'ai recueilli l'observation, vingt étaient du sexe féminin et cinq du masculin; ce qui donne une très forte proportion pour les femmes. Mais les nombres sont insuffisants pour éta-

blir un résultat définitif. M. Bassereau, sous ce rapport, donne les chiffres suivants : six hommes, trente et une femmes.

3° *Constitution.* — Aucun des sujets n'avait une taille au-dessus de la moyenne. Cinq seulement étaient vigoureux, fortement musclés, et offraient toutes les apparences d'une santé robuste. Chez huit autres, il y avait un embonpoint assez notable, mais, en même temps, peu de coloration de la peau et peu de fermeté des chairs. Les autres étaient maigres et avaient des chairs flasques. Aucun ne présentait des traces bien prononcées de scrofules ; un seul avait les lèvres épaisses, le nez arrondi, et un peu de bouffissure de la face. Cinq des sujets qui offraient l'apparence de la santé avaient la peau brune, les cheveux noirs et la face colorée. Dans deux cas, la coloration très prononcée de la face annonçait un tempérament sanguin bien caractérisé ; dans les autres il n'y avait rien de particulier. On peut dire, en général, que la névralgie dorso-intercostale existait chez des sujets plutôt faibles que vigoureux, d'un embonpoint et d'une taille médiocres, et dont le tempérament se rapprochait beaucoup plus de celui qu'on a désigné sous le nom de nerveux, que de tout autre.

4° *Conditions hygiéniques.* — Dans seize cas où des renseignements ont été pris sur l'état des *lieux habités* par les malades, j'ai trouvé ce qui suit :

Habitation constante dans une chambre sèche, chauffée, bien éclairée.	10 fois.
Idem ; mais depuis quatre ans seulement.	1
Idem ; depuis vingt ans.	1
Habitation dans une chambre humide, mal éclairée, non chauffée ; mais pendant sept mois seulement, et quatre ou cinq mois avant l'invasion de la maladie.	1
A reporter. . .	13

Report. . .	13
Idem, pendant un temps indéterminé; mais assez long-temps avant l'invasion.	1
Idem, au moment de l'invasion et depuis plusieurs mois. . .	2
Total.	16

D'où il suit que dans deux cas seulement on peut rapporter, avec quelque probabilité la névralgie dorso-intercostale à l'habitation dans un lieu sombre, humide, et mal aéré, car, dans tous les autres, il s'était écoulé un temps trop long entre l'action de la cause et l'apparition de la névralgie, pour qu'on pût regarder celle-ci comme en étant réellement l'effet. Chez deux sujets, néanmoins, il se manifesta, à l'époque où l'influence d'un mauvais logement pouvait se faire sentir, des douleurs nerveuses dans d'autres parties du corps; ces malades parurent avoir contracté alors une grande prédisposition aux névralgies, et l'on pourrait, à la rigueur, regarder leur névralgie comme un effet consécutif de la cause dont il s'agit. Tous les sujets habitaient Paris de puis plus de dix ans.

Douze malades sur seize avaient toujours eu une *nourriture* régulière et substantielle; trois se nourrissaient depuis long-temps d'une manière irrégulière et souvent insuffisante, ne buvant ordinairement que de l'eau, et ne mangeant que des légumes et des fruits secs. Le seizième avait eu à supporter de grandes privations, et sa misère avait augmenté dans les six derniers mois, une maladie de la moelle épinière l'empêchant de se livrer à ses travaux. Pour tirer une conclusion rigoureuse de ces faits, il faudrait avoir des données positives sur l'hygiène de la population de nos hôpitaux, afin de voir, par comparaison, si la proportion des sujets soumis

à de mauvaises conditions hygiéniques est plus considérable dans la névralgie dorso-intercostale que dans les autres maladies. Espérons que l'observation exacte nous permettra un jour de résoudre ces grandes et difficiles questions.

5° *Maladies antérieures.* — Parmi ces maladies, celles qui avaient pour siége le système nerveux étaient les plus fréquentes. J'ai déjà indiqué le nombre considérable de cas dans lesquels j'ai constaté, au moment même de l'observation, des affections nerveuses de diverses espèces. Je dois ajouter ici que ces affections remontaient souvent à un temps fort éloigné. Ainsi deux sujets offraient, depuis plus de huit mois, les symptômes d'une maladie de la moelle; dix autres avaient présenté des névralgies de diverses sortes, accompagnées, chez trois femmes, d'attaques d'hystérie, et même de catalepsie chez une d'elles; une autre avait eu des convulsions dans l'enfance. Tout se réunit donc pour démontrer que, chez ces sujets, il existait une prédisposition très prononcée aux maladies nerveuses de toute espèce.

Cinq malades avaient eu des hémorrhagies fréquentes. Chez deux c'étaient des épistaxis, et chez deux autres des hémorrhoïdes. Une femme avait eu des hémoptysies assez abondantes, sans que la percussion ou l'auscultation fissent reconnaître rien d'anormal dans les organes thoraciques. Dans aucun de ces cas, l'apparition de la névralgie ne coïncida avec la suppression de l'hémorrhagie.

Deux hommes avaient contracté, à une époque plus ou moins éloignée, des maladies vénériennes; mais ils ne présentaient ni syphilides, ni tumeurs des os, ni douleurs ostéocopes, rien en un mot qui indiquât une syphilis

constitutionnelle. Quatre femmes étaient entrées à l'hôpital pour des affections vénériennes. Une seule offrait les signes d'une syphilis constitutionnelle, mais le squelette du thorax en particulier était parfaitement intact.

6° *Saisons.* — Mes recherches ont été faites presque exclusivement dans les mois d'hiver, en sorte qu'il m'est impossible d'établir la proportion des cas dans les diverses saisons. C'est un sujet de recherches sur lequel l'observation ultérieure aura à s'exercer. Je dois, néanmoins, signaler un fait important : c'est que dans les cas où la névralgie se reproduisait à des époques plus ou moins éloignées, c'était toujours pendant l'hiver qu'elle se montrait le plus fréquemment et avec le plus de violence. En rapprochant ce fait de ce qui a été dit plus haut relativement à l'effet de l'abaissement de la température, on sera nécessairement porté à accorder une grande influence à la saison froide ; ce qui, du reste, est tout-à-fait en rapport avec l'opinion généralement reçue.

§ II. Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont plus difficiles à déterminer que les précédentes. On en trouve la raison dans l'impossibilité où l'on est le plus souvent de fixer le début d'une affection, trop légère les premiers jours, pour que le malade y fasse une grande attention. Comment aurait-il remarqué les causes capables de produire sa névralgie, lorsqu'il n'a pas même remarqué les premiers symptômes ?

Aucun sujet n'a été atteint de sa maladie peu de temps après s'être exposé à un refroidissement subit. Deux ont

senti les premières douleurs après s'être livrés, pendant un temps assez long, à un travail forcé et prolongé très avant dans la nuit, au fort de l'hiver. Quelle a été, dans ces cas, la part du travail forcé et celle du froid, c'est ce qu'il est impossible de dire, les renseignements étant trop peu précis. Un troisième malade, affecté d'une névralgie à intermittences irrégulières, avait remarqué que toutes les fois qu'il restait exposé au froid pendant plusieurs heures, il avait des douleurs lancinantes, soit dans les espaces intercostaux, soit ailleurs. Dans tous les autres cas, mes questions pour découvrir la cause occasionnelle ont été infructueuses, si ce n'est chez un sujet qui avait fait une chute sur le côté, et chez qui les douleurs, après avoir été bornées à la partie contuse, s'étaient propagées en avant et en arrière, en suivant le trajet des nerfs dorsaux. De tous les faits qui sont passés sous mes yeux, celui-là seul vient à l'appui de l'opinion du docteur Isaac Porter, qui regarde les coups et les chutes comme la cause la plus fréquente de cette maladie.

Les douleurs vives que dans un certain nombre de cas le zona de la poitrine laisse après lui, ont été notées par tous les observateurs. Il me serait impossible de dire si ces douleurs sont toujours de nature névralgique; mais ce que je puis affirmer, c'est qu'il en est quelquefois ainsi, et je pourrais citer à ce sujet un cas très remarquable qui existait à la Pitié, pendant que j'y faisais le service. La nature névralgique de ces douleurs a été signalée dans les traités des maladies de la peau, et notamment dans celui de M. Rayer (1); mais c'est M. Bassereau qui, le premier, en a indiqué le siége précis, et a

(1) *Traité des maladies de la peau*, 2e édit., t. I, p. 316.

reconnu qu'elles appartiennent à une névralgie intercostale tout-à-fait semblable à celle dont j'ai tracé l'histoire.

§ III. La névralgie dorso-intercostale est-elle, le plus souvent, symptomatique de l'affection d'un viscère ?

Cette question a été soulevée par M. Bassereau (1) qui lui donne la plus haute importance, et avec raison, car si sa manière de voir est juste, le traitement de la névralgie dorso-intercostale doit cesser d'être direct comme il l'a été jusqu'à ce jour, et s'appliquer sur l'utérus primitivement affecté. C'est donc un devoir pour moi de discuter avec le plus grand soin cette opinion.

« Depuis le moment, dit M. Bassereau (2), où je commençai à m'occuper de l'étiologie avec ces idées, je n'ai trouvé, parmi les cas que j'ai observés, qu'un seul appareil organique dont l'état me paraisse pouvoir être regardé comme le point de départ évident de la névralgie intercostale : je veux parler de l'utérus et de ses annexes. »

Je n'aurai donc, après cette déclaration de l'auteur, à m'occuper que des symptômes qui se sont montrés du côté de l'utérus, et à chercher s'il existe quelque rapport, quelque liaison réelle, entre eux et la névralgie dorso-intercostale. Mais voyons d'abord de quelles raisons et de quels faits M. Bassereau étaie sa théorie.

Il commence par faire remarquer l'unanimité des auteurs sur la fréquence des symptômes utérins dans la névralgie intercostale, et il trouve lui-même que chez trente femmes, vingt-quatre fois il existait des troubles du côté de l'utérus. On ne saurait contester l'exactitude de

(1) Thèse citée p. 22 et suiv.

(2) Page 23.

ces propositions; mais quelle conclusion en tirer, si on ne recherche pas ce qui se passe dans les autres névralgies? Or, voici ce que je trouve en comparant entre elles l'affection qui nous occupe, et les névralgies trifaciale et sciatique.

Seize cas de névralgie trifaciale peuvent seuls nous être utiles pour éclairer cette question; car dans les autres, ou bien les règles s'étaient supprimées par suite des progrès de l'âge, ou bien les renseignements manquaient. Voici ce que nous apprend l'examen de ces faits :

Menstrues régulières, sans aucune espèce de douleur	4 fois.
— Régulières, avec douleurs lombaires, hypog., etc.	3
— Irrégulières, diminuées, etc.	3
— Supprimées.	6
Total. . . .	16

Ainsi, même en ne tenant aucun compte des symptômes de dysménorrhée dans les cas où les règles étaient régulières, et en réunissant les deux premiers groupes, on trouverait un dérangement assez notable des fonctions utérines, sur neuf des seize malades, c'est-à-dire sur plus de la moitié.

Les nombres fournis par l'étude de la névralgie sciatique, dans dix-huit cas, sont les suivants :

Menstrues régulières, sans aucune espèce de douleur	7 fois.
— Régulières, avec douleurs lombaires, hypog., etc.	3
— Irrégulières, diminuées, etc.	4
— Supprimées.	4
Total. . . .	18

La proportion des cas où il existait quelque trouble dans les fonctions de l'utérus, était donc de huit sur dix, ou un peu moins de la moitié.

Examinons maintenant, de la même manière, les vingt cas de névralgie dorso-intercostale.

Menstrues régulières, sans aucune espèce de douleur.	7 fois.
— Régulières, avec douleurs lombaires, hypog., etc.	2
— Irrégulières diminuées, etc.	6
— Supprimées	4
Non réglée	1
Total	20

D'où il suit qu'en groupant les faits comme plus haut on trouve une altération notable des fonctions de l'utérus dix fois sur dix-neuf, abstraction faite du cas où les règles n'avaient point encore paru.

Tel est le résultat fourni par l'analyse des faits. Il y a, il est vrai, des différences dans les proportions que je viens de faire connaître ; mais ces différences sont si légères, qu'elles peuvent être négligées sans inconvénient, et qu'il est permis de dire que l'état de l'utérus a été le même dans les trois névralgies dont il s'agit. Mais on objectera peut-être que mes chiffres sont très faibles, et qu'on ne peut pas baser son opinion sur d'aussi petits nombres. Il est facile de répondre. Je n'ai point eu l'intention de donner les résultats précédents comme des résultats définitifs ; j'ai voulu seulement montrer que le petit nombre de faits que nous possédons ne vient pas à l'appui de la proposition de M. Bassereau, et que s'il a été frappé de la proportion des cas où l'on trouve des symptômes plus ou moins marqués dans l'appareil génito-urinaire, c'est qu'il a considéré la névralgie intercostale isolément, tandis qu'il fallait la rapprocher des autres, pour juger par comparaison.

Poursuivant sa dissertation, M. Bassereau arrive à une démonstration plus directe. Il présente l'analyse de sept

cas dans lesquels les symptômes utérins ont été étudiés avec soin, et d'une manière absolue, et dans leurs rapports avec la névralgie. Les malades éprouvaient toutes un dérangement plus ou moins marqué dans l'écoulement des menstrues; toutes, à leur entrée, présentaient des douleurs dans le bas-ventre, et toutes, interrogées avec soin, déclarèrent que les douleurs hypogastriques avaient précédé celles du dos et des parois de la poitrine. « Mais, ajoute M. Bassereau, le toucher vaginal fournissait des données d'une bien plus grande importance; » et voici le résumé de sa description: Dans quatre cas, il existait une névralgie intercostale gauche, et il y eut un point douloureux d'une vivacité considérable au côté gauche du col. Lorsque la névralgie s'étendait au côté droit, ou augmentait d'intensité, la douleur du col de l'utérus gagnait également le côté droit, et devenait plus vive. Dans deux cas, une douleur des deux côtés de l'utérus et de ses annexes, correspondait à une névralgie intercostale double. Enfin, chez la dernière femme, qui eut une hémorrhagie, le col et le corps de l'utérus étaient très douloureux, ainsi que les ligaments larges, et cependant la névralgie se bornait au côté gauche. Les douleurs hypogastriques qui existaient dans tous les cas étaient limitées au côté affecté de névralgie, ou plus vives du côté où la maladie avait son plus haut degré de violence, dans les névralgies doubles. A mesure que l'affection utérine diminua, les douleurs intercostales s'affaiblirent, et les nerfs intercostaux ne cessèrent de présenter une sensibilité morbide qu'au moment où le toucher vaginal et la palpation de l'hypogastre ne révélèrent plus aucune douleur.

Ainsi, la présence d'une douleur dans le col utérin; son

siége dans le côté affecté de névralgie; son intensité crois-
sant avec celle des douleurs névralgiques, et de plus,
une douleur hypogastrique correspondante : tels sont les
aits sur lesquels s'appuie M. Bassereau.

Je rappellerai d'abord que de trois femmes qui pré-
entaient une névralgie intercostale fort vive, une seule
prouvait un peu de douleur dans le col de l'utérus;
e qui prouve déjà que si, dans quelques circonstances,
es symptômes utérins peuvent paraître liés à la névral-
ie, la règle n'est pas générale; mais reprenons les ar-
uments de M. Bassereau.

Il insiste beaucoup sur le siége précis de la douleur
térine; la délimitation de cette douleur au côté même
ffecté de névralgie est, pour lui, un des motifs les plus
uissants de reconnaître un rapport intime entre l'affec-
on viscérale et l'affection nerveuse. Eh bien, c'est pré-
isément le siége de la douleur dans un seul côté du col
ui aurait dû tout d'abord éloigner une pareille idée.
uivant lui, l'utérus ou les annexes affectés les premiers
résentent un certain degré d'inflammation, qui, par
intermédiaire des filets du nerf grand sympathique, va
citer dans les nerfs dorsaux les douleurs caractéristi-
ues de la névralgie. Cette affection utérine ne saurait
re qu'une métrite. Or, j'ai beau consulter toutes les ob-
rvations, tous les traités, tous les faits acquis à la
ience, je ne trouve nulle part que l'inflammation uté-
ne s'empare d'un seul côté de l'organe, d'un seul côté
col, et que pendant le cours d'une affection quelque-
is longue comme la névralgie, elle reste fixée dans un
ge aussi circonscrit. Les annexes de l'utérus peuvent,
est vrai, s'enflammer d'un seul côté; mais, dans les cas
nt il s'agit, on ne peut guère invoquer cette inflamma-

tion, car c'est surtout dans la matrice et dans son col qu'apparaît l'irritation. Ces symptômes utérins, qui ont tant frappé M. Bassereau, ne sauraient donc être rapportés à une simple métrite, ils ont quelque chose de particulier, qu'il faut chercher à expliquer à l'aide des faits ; et c'est ce qui me conduit à parler de la douleur hypogastrique.

Chez les sept femmes examinées par M. Bassereau, cette douleur existait à un assez haut degré. Mais était-elle due à un état pathologique de l'utérus ? N'existait-elle pas plutôt dans la paroi abdominale ? Ne constituait-elle pas, en un mot, un véritable point névralgique ? Ceci n'est point une pure supposition ; j'ai aussi rencontré la douleur du col utérin telle qu'elle a été décrite par M. Bassereau, je l'ai vue coïncider avec une douleur hypogastrique bornée à un seul côté, ou du moins, notablement plus vive d'un côté, que de l'autre ; mais dans ces cas, il y avait non une névralgie dorso-intercostale, mais bien une névralgie lombo-abdominale parfaitement caractérisée. Je dirai plus, chez celle des trois femmes atteintes de névralgie dorso-intercostale qui m'a présenté une douleur utérine bornée au côté affecté, il y avait complication de névralgie lombo-abdominale : n'en était-il pas de même chez les femmes observées par M. Bassereau ? Il est à regretter que cet auteur n'ait point donné une description plus détaillée de la douleur hypogastrique ; qu'il n'ait point recherché s'il existait d'autres points douloureux, soit dans le flanc, soit dans les lombes ; que, trop convaincu que la douleur de l'hypogastre était due à l'état de l'utérus, il n'ait point cherché à le démontrer.

En admettant l'existence d'une névralgie lombo-ab-

dominale, il est facile d'expliquer des faits qui sont inexplicables dans la théorie de M. Bassereau. Nous savons que la névralgie a une grande disposition à s'étendre des nerfs primitivement affectés, aux nerfs voisins; nous en avons eu déjà de nombreux exemples, et nous en trouverons encore; or, on comprend très bien comment, dans la névralgie lombo-abdominale, la douleur peut envahir, de proche en proche, une partie plus ou moins étendue du plexus lombo-sacré, atteindre par conséquent les branches qui vont concourir à former le plexus hypogastrique, et venir se manifester dans un point qu'on peut considérer comme superficiel : le col de l'utérus et sa réunion à la paroi vaginale. Ce point douloureux, je ne l'ai rencontré que dans les névralgies lombo-abdominales d'une assez grande intensité, ce que l'on conçoit facilement d'après la situation des parties. J'en citerai des exemples remarquables lorsque je ferai l'histoire de cette dernière névralgie.

D'après les faits que je possède, les troubles observés dans les fonctions de l'utérus sont donc, non la cause, mais un symptôme de la névralgie, et de plus, ils appartiennent non à la névralgie dorso-intercostale, mais à la névralgie lombo-abdominale. Si l'on objecte que la douleur de l'utérus n'est pas le seul signe auquel on reconnaît l'état pathologique de cet organe; qu'il peut y avoir, et qu'il y a eu en effet, gonflement du col, écoulement plus ou moins abondant, pesanteur vers le périnée; je répondrai que cette objection ne peut rien contre les raisons précédentes, car de pareils symptômes s'observent dans d'autres névralgies, sans qu'on soit tenté de les rapporter à une inflammation primitive. Ainsi, dans la névralgie trifaciale, on a noté la rougeur de l'œil, la

photophobie, un écoulement abondant de larmes; ou bien, une sensibilité très grande d'une des deux fosses nasales, et une excrétion considérable de mucosités filantes; ou encore une salivation continuelle. J'ai vu même, dans un cas, tout le côté malade de la face, gonflé, rouge, un peu tendu, en même temps qu'on remarquait un larmoiement, un écoulement de mucus nasal, et une salivation manifeste. Les symptômes observés du côté de l'utérus ne sont-ils pas en tout semblables à ceux que je viens d'énumérer?

Il nous est donc maintenant très facile d'expliquer et l'existence de la douleur utérine, et sa délimitation à un seul côté, et son accroissement avec les douleurs névralgiques, et la disparition simultanée de tous ces symptômes; la douleur du col de l'utérus n'est autre chose qu'un point névralgique semblable à tous ceux que nous avons déjà étudiés. Ce *point douloureux utérin* n'est assurément pas un des moins remarquables.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire, après tout ce qui précède, de discuter longuement le dernier point de la théorie de M. Bassereau. Je me bornerai à quelques réflexions sur sa manière d'expliquer le passage des douleurs, du viscère affecté aux nerfs de la vie animale, par l'intermédiaire du grand nerf de la vie organique. Il faudrait admettre qu'en pareil cas ce dernier nerf remplit les fonctions d'un simple conducteur; car comment comprendre qu'il pourrait transmettre une souffrance dont il serait affecté lui-même, lorsque dans les paralysies de la moelle il ne peut même pas présider à la sensibilité de l'organe? Le fait serait donc entièrement exceptionnel. D'un autre côté, pourquoi chercher une cause particulière de névralgie pour les nerfs intercos-

taux, lorsqu'ils sont soumis aux mêmes causes que les autres nerfs, qui évidemment, pour devenir douloureux, n'ont pas besoin de l'influence de ces irritations viscérales? Que quelques affections organiques se compliquent de névralgie, c'est ce que l'on conçoit très bien, et ce que l'on voit tous les jours ; mais que dans la majorité des cas la névralgie soit symptomatique d'une affection viscérale quelconque ; en d'autres termes, que la névralgie symptomatique soit la règle, et la névralgie idiopathique l'exception, c'est ce qui est démenti par la grande masse des faits.

On a dû s'apercevoir que je n'ai point parlé des névralgies dorso-intercostales chez les hommes : je l'ai fait à dessein pour rester sur le terrain choisi par M. Bassereau. Cependant, je ne peux m'empêcher de faire remarquer qu'en réfléchissant davantage à ces cas, où l'on voit survenir une névralgie dorso-intercostale chez des hommes dont toutes les fonctions sont d'ailleurs en parfait état, cet observateur distingué aurait sans doute abandonné une théorie qui ne peut, en aucune manière, s'appliquer aux faits de ce genre.

Art. vii. Diagnostic. — Pronostic.

§ Ier. Diagnostic.

1° Les détails dans lesquels je suis entré, relativement à l'état de la poitrine dans la névralgie dorso-intercostale, sont suffisants pour montrer combien il serait difficile de la confondre avec une *affection des poumons ou de la plèvre.* L'auscultation et la percussion lèveront facilement tous les doutes. Au début d'une pleuro-pneumonie, d'une pleurésie, d'une péricardite, lorsque les signes physiques sont encore peu marqués, et lorsqu'il

existe une douleur vive traversant la poitrine, on pourrait peut-être éprouver plus d'embarras; mais la présence de la fièvre, de la toux, et l'absence des points douloureux limités sur lesquels j'ai tant insisté, préserveront facilement de toute erreur.

2° La difficulté est plus grande lorsqu'il s'agit de distinguer cette névralgie du *rhumatisme des parois thoraciques;* car, dans l'un et dans l'autre, la douleur est presque toute la maladie. Le rhumatisme des parois thoraciques peut exister dans différents points où il nous importe de l'étudier séparément. Lorsqu'il a son siége dans les parties latérales et vers le tiers moyen de la courbure des côtes, on lui donne plus particulièrement le nom de *pleurodynie.* J'ai eu rarement occasion d'observer des cas semblables, ce qui tient, sans doute, à ce que la plupart de ces pleurodynies ne sont autre chose que des névralgies intercostales. Lorsque la douleur peut être rapportée au rhumatisme musculaire, elle occupe un espace plus étendu, mal circonscrit. La douleur à la pression est, en général, moins vive, et l'on ne trouve pas les points limités dont j'ai parlé. Dans aucun cas, on ne constate une douleur siégeant uniquement dans deux points situés à une distance très grande l'un de l'autre, comme dans la névralgie dorso-intercostale. Lorsque le rhumatisme est violent, la douleur est moins vive à la pression que dans les mouvements du tronc et dans les efforts de la toux, ce qui n'a pas lieu dans la névralgie. Quant aux élancements, ils n'ont pas de caractère distinctif bien tranché, et c'est ce qui explique comment, en négligeant l'examen direct des parois de la poitrine, on a pu commettre de nombreuses erreurs.

Quand le rhumatisme est situé à la région dorsale, la distinction peut être un peu plus difficile. On sait, en effet, que les muscles trapèze et rhomboïde viennent s'insérer, l'un à toutes les apophyses épineuses de cette région, l'autre aux premières seulement; et comme, dans les cas de rhumatisme musculaire, c'est souvent aux attaches des muscles que la douleur se fait sentir avec le plus de force, il s'ensuit qu'un observateur peu attentif pourrait s'y méprendre. Mais dans les cas de ce genre qui se sont présentés à moi, j'ai distingué le rhumatisme aux signes suivants : Lorsque la douleur siégeait uniquement dans le trapèze, on trouvait une sensibilité augmentée non seulement vers les apophyses épineuses dorsales, mais encore le long du ligament cervical. Les attaches supérieures du trapèze à l'occipital étaient douloureuses à la pression, ainsi que celles qui fixent ce muscle à l'épine de l'omoplate. De plus, il y avait une douleur marquée, quoique moins forte, dans l'intervalle de ces points; et ce qu'il importe de noter, c'est qu'à la région dorsale la sensibilité morbide n'existait pas plus dans l'intervalle des vertèbres et en dehors des apophyses, que sur ces apophyses elles-mêmes. Les élancements se faisaient sentir dans le cou.

Lorsque le rhumatisme affecte principalement le muscle rhomboïde, comme j'en ai vu encore un cas tout récemment chez un enfant de douze ans, la douleur occupe la partie inférieure du ligament cervical et les premières apophyses épineuses dorsales, mais elle a les caractères que je viens d'indiquer. On trouve, en outre, le long du bord spinal de l'omoplate, une douleur de même nature qui en occupe toute la hauteur, et en pressant sur la surface du muscle, on détermine une douleur

ordinairement peu vive. Les élancements, dans le cas que je viens de citer, montaient de la partie inférieure de la poitrine vers l'épaule, en passant sous l'omoplate : direction bien différente de celle des élancements névralgiques. Mais la plus vive douleur, dans tous ces cas de rhumatisme, se fait sentir dans les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles malades, et cette douleur acquiert son *summum* d'intensité lorsque le sujet, fatigué d'avoir gardé trop long-temps la même position, en change brusquement.

Il est presque inutile de faire voir combien la névralgie dorso-intercostale diffère de ces douleurs musculaires. Siége plus limité et tout-à-fait différent ; points douloureux circonscrits et disséminés dans un long espace sur le trajet d'un nerf ; élancements parcourant souvent le même trajet ; douleurs beaucoup moins vives dans les mouvements de la tête et des membres, tels sont les signes qui distinguent la névralgie. On peut y en joindre un autre qui ne laisse pas que d'avoir sa valeur. Le rhumatisme musculaire aigu disparaît de lui-même au bout de peu de jours, ou cède facilement à quelques applications de sangsues ou de ventouses scarifiées ; or, on verra à l'article *traitement*, qu'il est loin d'en être ainsi pour la névralgie dorso-intercostale, dans laquelle les émissions sanguines ont eu fort peu de succès. C'est là le cas d'appliquer la sentence d'Hippocrate : *Naturam morborum ostendit curatio*.

J'ai voulu, pour établir avec plus de précision le diagnostic de la névralgie dorso-intercostale et de la pleurodynie, recourir aux ouvrages les plus accrédités sur le rhumatisme musculaire ; mais j'ai été bientôt obligé d'y renoncer, parce que je me suis aperçu que

sons le nom de *pleurodynie*, les auteurs avaient confondu entièrement la névralgie dorso-intercostale et le rhumatisme des muscles thoraciques. Qu'on parcoure la section IV de l'ouvrage de M. Requin (1), et l'on se convaincra de la vérité de ce que j'avance. On y voit, par exemple, que la pleurodynie siége ordinairement sur un seul côté de la poitrine, dans un espace considérable, et que très souvent elle apparaît dans les environs du mamelon ; qu'elle peut aussi se montrer sur tous les points du thorax, tant en avant qu'en arrière ; qu'elle est très intense, arrache des cris au malade, etc. ; et enfin que, dans les cas recueillis par le docteur Gaudet, elle a eu lieu *onze fois sur treize* dans le côté gauche. Nul doute qu'un bon nombre de ces cas ne fussent des névralgies ; mais l'exploration a été insuffisante. En prenant les précautions que j'ai indiquées, on évitera facilement l'erreur.

3° Il est une maladie bien plus grave qui a quelques rapports avec la névralgie dorso-intercostale, et dont il importe par conséquent d'étudier comparativement les symptômes, c'est l'*angine de poitrine*. Il y a, en effet, dans cette affection, une douleur vive, brusque, souvent pongitive, qui se montre principalement au côté gauche du sternum et vers la région précordiale, et qui fréquemment se propage au bras gauche. Mais là s'arrête la ressemblance, si l'on s'en rapporte à la description des auteurs. Cette douleur de l'angine de poitrine se montre sous la forme d'accès irréguliers, ne durant ordinairement pas plus d'un quart d'heure, survenant presque toujours pendant la marche sur un terrain raboteux, ou

(1) *Leçons de clinique médicale du professeur Chomel*, recueillies par M. Requin (rhumatisme et goutte). Paris, 1837, p. 59 et suiv.

dans de grands efforts, et accompagnés d'une angoisse telle, que bien que la respiration ne paraisse pas sensiblement gênée, les malades se croient sur le point d'être suffoqués. Dans la névralgie dorso-intercostale telle que je l'ai décrite, rien de semblable : la douleur, plus ou moins vive, aiguë, lancinante, ne se porte pas au bras. Dans un cas où les élancements envahissaient le membre supérieur, il y avait, outre la névralgie intercostale, une névralgie cervicale dont il ne doit pas être question ici. Il n'y a, non plus, aucune angoisse dans la névralgie, et les accès ne sont ni aussi distincts, ni aussi courts, ni aussi éloignés, ni aussi bien séparés par des intervalles dans lesquels il n'existe plus aucun symptôme.

Plusieurs auteurs ont signalé la fréquence des maladies des gros vaisseaux dans l'angine de poitrine. Le professeur Corrigan (1) regarde même l'aortite comme une des principales causes de cette affection. Dans aucun des cas de névralgie dorso-intercostale que j'ai observés, je n'ai rencontré ces lésions de l'appareil circulatoire, si ce n'est dans un seul qui était bien loin d'être simple, et que pour cette raison je crois devoir rapporter ici, car nous y trouverons les deux maladies pour ainsi dire en présence.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Angine de poitrine, névralgie dorso-intercostale, hypertrophie du cœur.

Le 23 décembre 1839, s'est présenté à la consultation du Bureau central des hôpitaux, un homme âgé de 52 ans, bijoutier en cuivre. Il est d'une taille moyenne ; il a la peau

(1) *Dublin journal*, nov. 1837, et *Arch. gén. de méd.*, janv. 1838, t. I, 3e série.

brune, les cheveux noirs et abondants, et ne porte aucune trace de scrofules. Il est pâle; il a encore un embonpoint assez considérable quoiqu'il ait beaucoup maigri depuis le commencement de sa maladie, et surtout depuis six mois. L'expression de sa physionomie offre un mélange d'anxiété et de souffrance. Il rapporte que depuis deux ou trois ans il est sujet à des attaques caractérisées par une douleur vive et subite vers le bord gauche du sternum, à la hauteur des quatrième et cinquième côtes, par une menace de suffocation imminente et par un malaise extrême. Souvent, mais non constamment, la douleur partie du bord du sternum se porte jusque dans le bras qu'elle parcourt en entier; elle est alors lancinante. Ces accès, qui dans certains cas se dissipent très rapidement, durent quelquefois plusieurs minutes et même un quart d'heure. Pendant qu'il les éprouve, il est obligé de s'arrêter, de suspendre son travail, et de s'asseoir, jusqu'à ce que la douleur soit dissipée.

Dans les premiers temps, ces accès n'avaient lieu que fort rarement; vers le mois de novembre 1838 ils revinrent deux ou trois fois par semaine, mais pendant l'été leur fréquence diminua un peu. Depuis le mois d'octobre dernier, ils ont eu lieu à des intervalles beaucoup plus rapprochés, car le malade les a éprouvés deux ou trois fois par jour, à des heures très variables. Les causes qui déterminent le plus ordinairement l'apparition de ces accès, sont l'acte de la défécation, les mouvements pour descendre un escalier, un faux pas. Ils se manifestent aussi pendant le coït, et avec une telle violence, que le malade a été obligé de s'en abstenir entièrement.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants. A la région précordiale, impulsion très forte, soulèvement d'une grande étendue de la paroi thoracique; point de voussure. Les battements du cœur repoussent fortement l'oreille. Les bruits réguliers, sans mélange d'aucun souffle, sont sourds, presque étouffés, et ne sont nullement en rapport avec la

force extrême de l'impulsion; ils n'augmentent pas d'intensité dans le trajet de l'aorte. Le malade éprouve des palpitations qui, dans les premiers temps de sa maladie, étaient nettement intermittentes, et qui, depuis six mois, sont devenues continues, mais avec des redoublements marqués. Toux sèche, continuelle, assez fréquente; quelquefois après des efforts de toux, crachats teints de sang. Respiration habituellement fréquente, courte, gênée; essoufflement dans les travaux pénibles et les marches rapides. L'auscultation et la percussion pratiquées avec soin partout ailleurs qu'à la région précordiale, ne font rien découvrir d'anormal. Une pression légère, exercée entre les troisième et quatrième vertèbres dorsales, un peu en dehors de la ligne médiane et à gauche, cause une douleur vive; ce point douloureux est très limité. On en trouve un autre en avant dans le même espace intercostal, très près du sternum; entre ces deux points, aucune douleur à une pression forte. Dans l'inspiration, la douleur ne se fait sentir que dans le point antérieur. Il n'y a ni élancements, ni aucune espèce de douleur spontanée hors le temps de l'attaque, et il est impossible de savoir si pendant l'attaque la douleur siége plus particulièrement dans cet espace intercostal, le malade indiquant d'une manière vague toute la région précordiale.

Du reste, sauf l'appétit qui est médiocre, les autres fonctions sont en bon état.

Je n'ai vu ce malade qu'une seule fois, et je ne peux, par conséquent, donner que cette simple note. Elle me paraît, néanmoins, suffisante pour qu'on puisse établir solidement le diagnostic. Il est impossible de voir une angine de poitrine mieux caractérisée, et sur ce point, il n'y aura certainement pas de contestation. Mais ce fait soulève quelques questions d'un grand intérêt, qu'il importe d'examiner avec attention. Le malade avait-il

trois maladies tout-à-fait distinctes : une angine de poitrine, une hypertrophie du cœur et une névralgie dorso-intercostale? ou bien, y a-t-il eu entre ces affections une liaison assez marquée, un rapport assez intime pour qu'on doive admettre qu'elles n'en formaient qu'une seule, que tous les symptômes appartenaient à la névralgie, et que l'hypertrophie du cœur n'était autre chose que la lésion anatomique de l'affection?

Cette supposition n'est nullement gratuite, car nous voyons, d'une part, les auteurs anglais (1) attribuer l'angine de poitrine à une altération du cœur ou des gros vaisseaux, et, de l'autre, quelques Français, et en particulier M. Piorry (2), regarder cette affection comme une névralgie intercostale ou brachio-thoracique. Il est bien difficile, avec le petit nombre de faits que je possède, de résoudre une pareille question; cependant, je peux présenter quelques considérations qui me paraissent avoir leur degré d'utilité. J'ai fait de vains efforts pour remonter au début de la maladie. J'ai donc été privé d'un renseignement très important, car si l'on avait pu s'assurer que les palpitations avaient précédé les attaques d'angine, on serait porté à regarder la maladie du cœur comme primitive et comme la source de tous les symptômes. Si, au contraire, on pouvait croire qu'une simple douleur, siégeant dans la poitrine et se propageant quelquefois dans le bras, avait ouvert la marche et ne s'était accompagnée, qu'après un temps plus ou moins long, des phénomènes caractéristiques de l'angine, on

(1) Voyez Parry, *Recherches sur les causes et les symptômes de la syncope angineuse*. — John Forbes, *Cyclopædia of practical medicine*. London, 1833, vol. I. — Voyez aussi Corrigan, *loc. cit.*

(2) *Bulletin clinique*, numéro 9, 1er janvier 1836.

aurait des motifs de regarder celle-ci comme une névralgie dorso-intercostale portée à un très haut degré. Mais, je le répète, ces renseignements nous manquent; il faut donc chercher la vérité dans d'autres considérations.

Les auteurs qui ont attaché le plus d'importance aux maladies du cœur, ont néanmoins vu des cas d'angine de poitrine bien caractérisée, en l'absence de toute altération de cet organe; d'où il suit que l'angine n'est pas nécessairement liée à ces maladies. Dans un cas d'angine de poitrine observé par moi, et remarquable par la fréquence, la régularité et la violence des accès, non seulement il n'y avait aucun signe de maladie du cœur, mais la douleur, au lieu de se faire sentir à gauche, existait vers le quatrième espace intercostal du côté droit.

A ces faits intéressants, joignons-en un autre, qui, bien qu'il ne dépasse pas les dimensions d'une simple note, me paraît propre à répandre quelque jour sur une aussi importante question. J'ai recueilli les renseignements chez un malade traité à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service dont M. Grisolle était alors chargé.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Angine de poitrine; névralgie dorso-intercostale; point d'affection du cœur.

Le sujet est un conducteur, âgé de 47 ans, bien musclé, d'un embonpoint considérable, de petite taille. Il a la barbe et les cheveux épais, grisonnants, et le teint coloré. Il ne se souvient pas d'avoir été malade depuis l'âge de 15 ou 16 ans. Il éprouve, depuis environ dix-huit mois, des douleurs semblables à celles qu'il présente aujourd'hui, et dont on verra plus loin la description. Ces douleurs, d'abord légè-

res et revenant de loin en loin, devinrent si fortes au bout de six mois, et se produisirent si fréquemment qu'elles obligèrent le malade à quitter ses occupations. Il y a deux mois, elles ont commencé à se faire sentir tous les jours.

Elles sont provoquées par tous les mouvements un peu forts du bras; elles ne se manifestent ni quand le malade monte un escalier, ni quand il marche, ni quand il va à la selle. Elles ont lieu par accès, pendant lesquels des palpitations surviennent quelquefois. Elles partent alors de la partie antérieure du bras gauche qu'elles occupent jusqu'à l'aisselle, et vont retentir dans la région précordiale et dans le côté gauche du cou. En même temps, il existe de l'anxiété, des angoisses, de l'oppression, des sueurs; mais il n'y a pas menace de suffocation.

A la région précordiale, on constate une matité de $0^m,05$ à $0^m,06$ transversalement, et de $0^m,08$ à 0,09 de haut en bas; légère voussure dans le point occupé par la matité. Impulsion du cœur médiocre; bruits normaux, battements réguliers. Partout ailleurs la poitrine est bien conformée, également sonore dans les points correspondants; la respiration paraît un peu gênée, mais le bruit respiratoire est partout vésiculaire, sans mélange de râle.

En arrière, dans l'étendue de $0^m,06$ environ, un peu en dehors des apophyses épineuses dorsales, et au niveau des quatre premiers espaces intercostaux, la pression détermine une douleur peu intense, du côté gauche seulement. Un point semblable se trouve vers le milieu des trois premiers espaces, dans le trajet d'une ligne abaissée du creux de l'aisselle. En avant, ces trois premiers espaces sont douloureux aussi à la pression, vers l'union des cartilages et des côtes, et dans l'étendue de $0^m,06$ environ. — L'appétit est médiocre; les autres fonctions s'exécutent bien.

Chez ce sujet qui nous a offert des symptômes si tranchés, le cœur ne présentait évidemment aucune lé-

sion. Il survenait, il est vrai, quelques palpitations pendant les accès; mais dès que le calme était rétabli, ce symptôme fugace se dissipait sans laisser de traces, et l'on sait que des palpitations intermittentes peuvent exister, et existent fréquemment sans lésion organique. Du reste, la matité de la région précordiale ne sortait point notablement de ses limites ordinaires; il n'y avait pas d'impulsion exagérée, pas d'altération des bruits, pas d'irrégularité des battements, et l'absence de tous ces symptômes ne nous permet pas de conserver le moindre doute sur l'état normal du cœur.

Quelle était donc la cause de ces accès si pénibles? Il y avait évidemment une névralgie dorso-intercostale, et les symptômes douloureux peuvent lui être rapportés. Mais d'où vient que le point de départ des douleurs avait lieu dans le bras? J'ai déjà fait remarquer que les premiers nerfs dorsaux fournissent des rameaux au membre supérieur, et que le premier surtout est remarquable sous ce rapport, puisqu'il concourt à former le plexus brachial; il n'est donc point surprenant que le bras ait été le siége de la douleur. Quant au trajet que suivaient les élancements, il n'a rien d'extraordinaire, ni de particulier à la névralgie qui nous occupe. C'est là un exemple de ces *névralgies ascendantes*, sur lesquelles on a appelé l'attention dans ces derniers temps, et que Cotugno avait déjà signalées.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion des médecins français, qui regardent l'angine de poitrine comme une névralgie brachio-thoracique. J'ai maintenant sous les yeux un cas semblable. Ainsi donc, tout porte à croire que les maladies du cœur dans l'angine de poitrine sont, comme dans l'emphysème pulmonaire, une com-

plication funeste, et non la cause première des accidents nerveux (1).

Quant au rôle que joue la névralgie dorso-intercostale dans l'angine de poitrine, il est difficile de le déterminer dans l'état actuel de la science. Chez le sujet dont je viens de donner l'histoire, il y avait une névralgie évidente du troisième nerf intercostal; or, comme je viens de le rappeler, parmi les paires dorsales, les trois premières fournissent seules des rameaux au bras, ce qui rend très bien compte des douleurs se propageant au membre supérieur. Dans le cas présenté le premier, ces douleurs du bras n'existaient pas, quoique les symptômes d'angine de poitrine fussent très prononcés; mais la névralgie siégeait dans le quatrième espace.

Ces faits peuvent être invoqués en faveur de l'opinion qui regarde l'angine de poitrine comme une névralgie dorso-intercostale, mais il en est d'autres qui lui sont opposés. Tous les cas dont l'histoire analysée a servi de base à ce travail, étaient des exemples incontestables de névralgie dorso-intercostale; dans plusieurs, la maladie était extrêmement violente; dans un même, les douleurs s'étendaient jusqu'au bras, et il n'y avait néanmoins aucun accès qu'on pût attribuer à l'angine de poitrine. Une seule fois la douleur arrêtait la marche; mais c'était vers la colonne vertébrale qu'elle se faisait principalement sentir, et il n'y avait ni angoisse, ni crainte de suffocation, ni rien de ce qui donne une physionomie si remarquable à cette angine.

(1) Voyez Louis, *Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris*, t. I.

Dans les cas cités par M. Piorry, qui, néanmoins, admet, outre la névralgie thoracique, une névralgie du plexus cervical, les symptômes ne sont pas non plus les mêmes que ceux qui ont été décrits par les auteurs, et les élancements douloureux y constituent presque toute la maladie. D'ailleurs, il est difficile d'attribuer à une simple névralgie des parois du thorax, ce trouble si singulier de la respiration, et souvent de la circulation, qui se manifeste dans les accès d'angine de poitrine; c'est ce qui me porte à croire que lorsque cette dernière maladie existe d'une manière prononcée, il y a complication de plusieurs affections. Mais je ne donne mon opinion que comme probable, en attendant que l'observation ait prononcé; cette discussion aura du moins montré que l'examen attentif et détaillé des malades, quelque minutieux qu'il paraisse d'abord, n'en est pas moins nécessaire pour arriver à quelques résultats.

4° Certaines *maladies de la moelle* donnent lieu à des douleurs plus ou moins limitées dans la colonne vertébrale: serait-il possible de les confondre avec la névralgie dont il s'agit? Dans les cas de méningite spinale, la douleur est plus vive, plus étendue, et s'exaspère bien davantage sous la pression exercée sur les apophyses épineuses; lorsqu'elle s'irradie, ce n'est point dans tel ou tel espace intercostal, mais çà et là; il y a fréquemment des convulsions, de la contracture, du tétanos même, et rien de tout cela ne se rencontre dans la névralgie dorso-intercostale.

Les sujets affectés de ramollissement de la moelle épinière éprouvent fréquemment des douleurs qui partant ordinairement d'un point limité de la colonne vertébrale, entourent l'abdomen ou la base de la poitrine comme une ceinture. On conçoit donc que dans des cas sembla-

bles, on puisse se demander s'il existe une névralgie dorso-intercostale. On évitera l'erreur, en se rappelant les symptômes de cette névralgie. La douleur névralgique n'a lieu le plus ordinairement que d'un seul côté, ou, si elle existe à droite et à gauche à la fois, elle est beaucoup plus forte dans ce dernier côté; dans le ramollissement de la moelle, au contraire, elle a lieu des deux côtés et est égale à droite et à gauche. La pression chez les sujets atteints de cette dernière affection n'est pas toujours douloureuse, même vers la colonne vertébrale; lorsqu'elle l'est, c'est sur une ou plusieurs apophyses épineuses; un peu à droite ou à gauche, et là où existe la plus vive douleur dans la névralgie, la pression la plus forte ne produit rien quand il s'agit d'un ramollissement de la moelle; de plus, il n'y a ni point antérieur, ni point moyen ou latéral. Ainsi donc, il ne faut qu'une exploration un peu attentive pour distinguer l'une de l'autre ces deux espèces de douleur.

Mais j'ai cité deux cas où une névralgie dorso-intercostale s'était développée chez des sujets atteints de ramollissement de la moelle; le diagnostic est-il alors plus difficile? Nullement. La névralgie conserve ses caractères distinctifs; ils sont même quelquefois d'autant plus remarquables, qu'il existe en même temps une douleur plus profonde, bornée à une seule apophyse, ne s'étendant ni à droite ni à gauche, et due évidemment à l'affection de la moelle.

5° Dois-je chercher à établir un diagnostic entre la névralgie dorso-intercostale et l'*irritation spinale* des auteurs anglais et américains? Mais je crois avoir suffisamment établi, dans l'historique, l'identité de ces deux affections, au moins dans la grande majorité des cas. Je ne sais

même s'il existe réellement une irritation spinale; toutefois quelques uns des cas cités par les auteurs, et notamment celui qu'a rapporté M. Ollivier (d'Angers) dans son ouvrage, présentent des symptômes qui ne semblent pas appartenir à la névralgie dorso-intercostale. C'est donc un sujet à étudier de nouveau, mais avec plus de soin et d'exactitude.

6° J'ai encore à dire un mot des *douleurs rachidiennes* qui existent chez les individus affectés de carie vertébrale, ou d'une maladie organique de l'abdomen, telle que le cancer de l'estomac et du foie. On sait que, dans les cas de carie vertébrale, on peut déterminer une douleur dans le point du rachis où siége la maladie, en pressant sur les parties latérales de la poitrine. Le mouvement qu'on imprime aux côtes, agissant sur les vertèbres malades, doit nécessairement produire cet effet. On pourrait croire alors avoir affaire à une douleur névralgique développée par la pression dans un point éloigné de la sortie du nerf où elle viendrait retentir, comme cela avait lieu dans plusieurs cas que j'ai cités. Mais on sera détrompé par les signes suivants : c'est surtout en pressant sur la côte, et non dans l'espace intercostal, qu'on détermine la douleur; on la fait naître tout aussi bien en pressant largement avec toute la paume de la main, qu'en n'employant que l'extrémité d'un doigt, et enfin, il n'existe pas de douleur dans le point pressé lui-même, tandis que dans la névralgie c'est là qu'elle a le plus d'intensité.

Quant à la douleur qui se manifeste dans certains cas de cancer de l'estomac ou du foie, elle n'a pas été parfaitement décrite. Tout ce que l'on a noté, c'est qu'il y a des élancements qui traversent la poitrine et qui semblent

aller de l'organe malade à un point fixe du rachis. Mais on n'a pas exploré avec assez de soin les espaces intercostaux pour savoir si la pression y est ou non douloureuse. C'est un sujet de recherches qu'il faut signaler à l'attention des observateurs.

§ II. Pronostic.

Le pronostic de cette affection n'est point grave. Cependant il est des cas, et j'en ai dans ce moment un exemple sous les yeux, où la violence de la douleur est telle, qu'elle cause un véritable mouvement fébrile, avec gêne de la respiration, toux légère, troubles des digestions, et un peu d'amaigrissement; mais l'auscultation et la percussion m'ayant pleinement rassuré sur l'état des organes respiratoires, tout me porte à penser que la douleur, source de tous les accidents, cédera aux moyens employés. Toutefois, si cette affection n'inspire pas de craintes pour la vie des malades, on a à redouter la prolongation de sa durée, et même un accroissement de sa violence à mesure qu'elle deviendra plus ancienne. C'est surtout dans la névralgie dorso-intercostale, qui revient à des époques indéterminées, sous des influences souvent difficiles à saisir, et dans celle qui existe concurremment avec d'autres névralgies, que cette chronicité est à craindre. Alors, en effet, on peut triompher assez facilement de la maladie, mais on la voit se reproduire avec la plus grande ténacité, soit dans le même point, soit dans un autre. On peut guérir sans trop de difficulté la névralgie intercostale, lorsqu'elle est encore simple et récente.

Art. VIII. — Traitement.

Chez sept malades, aucun traitement n'a été dirigé contre la névralgie. Trois d'entre eux, quoiqu'ayant été examinés avec beaucoup de soin, n'ont pas pu être suivis de manière à employer une médication quelconque, et quatre autres étant entrés à l'hôpital pour des affections plus sérieuses, les médecins aux soins desquels ils étaient confiés n'ont donné aucune attention à la névralgie dorso-intercostale. Des vingt-cinq cas dont j'ai fait l'analyse, il n'en reste donc plus que dix-huit pour nous servir à apprécier l'influence des divers traitements. Mais j'ai eu occasion de traiter, d'une manière suivie, six malades dont l'analyse n'a pu trouver place ici, ce qui porte à vingt-quatre le nombre des sujets propres à nous fournir quelques lumières sur ce point important.

1° Chez dix-huit de ces malades, des *vésicatoires* ont été appliqués sur le trajet du nerf affecté, et chez quatorze d'entre eux, ce moyen de traitement a été *seul* mis en usage, sans aucune addition. Commençons par examiner ce qui s'est passé dans ces derniers cas. Douze de ces sujets ont été radicalement guéris, bien que chez eux la maladie eût un assez haut degré d'intensité, et principalement dans un cas, où elle existait depuis trois mois chez une femme très sujette aux névralgies. La durée totale de l'affection, dans ces cas, a été de un mois et demi à quatre mois, et celle du traitement de six à vingt jours. Deux vésicatoires ont suffi chez les sujets le moins gravement affectés; chez d'autres, il en a fallu jusqu'à six. On les a appliqués dans les principaux points douloureux, en commençant par le point postérieur. Dans les

douze cas, la douleur a disparu d'abord dans les points occupés par le vésicatoire, de telle sorte que lorsqu'on en a appliqué trois, la névralgie s'est dissipée premièrement dans le point postérieur, puis dans le point moyen ou latéral, et n'a enfin été enlevée dans la région épigastrique qu'au moment où le dernier vésicatoire a agi sur ce point. Dans aucun de ces cas l'exutoire n'a été entretenu; on le pansait avec le cérat simple jusqu'à ce qu'il fût sec, et alors il était immédiatement remplacé par un autre. Deux sujets dont la névralgie ne fut traitée que par les vésicatoires ne furent pas guéris, mais voici ce qui se passa. Chez l'un d'eux, il y avait une névralgie intercostale irrégulièrement intermittente d'abord, mais qui avait fini par prendre un caractère continu; un seul vésicatoire fut appliqué à la partie moyenne de l'espace malade, et il fut entretenu huit jours, au bout desquels la douleur était très notablement diminuée; mais le traitement fut interrompu et le mieux ne se soutint pas. Quant à l'autre sujet qui avait sa névralgie depuis un temps fort long, on ne lui appliqua qu'un vésicatoire, qui sur ses instances fut promptement supprimé et qui n'eut aucun succès.

2° Chez deux malades, on appliqua sur le vésicatoire, qui ne produisait aucun effet satisfaisant quoiqu'il fût entretenu, l'*hydrochlorate de morphine* à la dose de 3 à 5 centigrammes. Ce moyen n'enleva pas complétement les douleurs; il les calmait pendant deux ou trois jours; mais elles ne tardaient pas à revenir, bien que l'emploi du narcotique fût continué. Pour qu'on n'accorde pas à ces deux faits plus d'importance qu'ils n'en méritent, je dois dire qu'un des cas dont il s'agit était très peu favorable au traitement; il y avait, en effet,

une péritonite chronique et des symptômes de phthisie commençante, et il n'est pas étonnant que dans des circonstances semblables les remèdes échouent complétement; dans l'autre, la maladie était des plus violentes et des plus anciennes.

Chez deux autres sujets, l'emploi des vésicatoires fut accompagné de l'administration des opiacés à l'intérieur; l'un guérit, l'autre n'éprouva qu'un simple soulagement. Chez le premier, la névralgie s'était développée dans le cours d'une bronchite qui s'accompagnait d'un léger mouvement fébrile; trois vésicatoires furent appliqués, un sur le côté gauche de la colonne vertébrale, et les deux autres sur le *point moyen ou latéral*, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du creux de l'aisselle. Aucune amélioration immédiate ne suivit leur application, qui causa une douleur extrême et augmenta le mouvement fébrile; les douleurs ne commencèrent à décroître que quelques jours après la suppression du dernier exutoire. Il semble donc que la guérison doit être attribuée aux narcotiques, mais c'est un point que je discuterai plus tard. Dans l'autre cas, 8 centigrammes d'extrait gommeux d'opium furent administrés en même temps qu'on appliquait les vésicatoires au nombre de trois; mais c'est évidemment à ces derniers qu'il faut attribuer le soulagement éprouvé par le malade, puisque l'opium était employé déjà depuis fort long-temps, sans avoir produit aucun effet, et que la douleur ne diminuait que dans le point même où était situé le vésicatoire.

J'ai dit que dans un cas le vésicatoire fut très douloureux, c'est qu'alors on le pansait avec la pommade épispastique; lorsqu'on se bornait à le panser avec du

cérat, la douleur qu'il causait n'était pas excessive, quoiqu'elle parût notablement plus forte qu'elle n'a coutume de l'être dans les mêmes lieux, quand il n'existe point de névralgie. Mais c'est surtout lorsqu'on appliquait de l'hydrochlorate de morphine sur la surface dénudée, que la douleur du vésicatoire était violente. Les malades éprouvaient, immédiatement après l'application de la poudre, une sensation de chaleur brûlante, une cuisson insupportable qui ne se dissipait que de vingt minutes à une heure après. Je signale ce fait, afin qu'on prévienne les malades, car ils pourraient croire que le médicament aggrave leurs douleurs, et se hâter de changer le pansement.

3° Des *narcotiques* ont aussi été donnés à l'intérieur, mais ils n'ont produit aucun effet bien réel sur la durée et l'intensité des douleurs. Les préparations employées ont été l'extrait d'opium à la dose de 5 à 15 centigrammes; l'hydrochlorate de morphine à celle de 12 milligrammes à 5 centigrammes; l'extrait de datura stramonium à la même dose; les pilules de Méglin au nombre de 3 à 6. Six malades seulement ont pris de ces médicaments; mais je me dispense d'étudier leur action en détail, car on a été obligé de les remplacer fréquemment l'un par l'autre, sans qu'aucun ait paru avoir aucun effet immédiat ou consécutif. Je dirai seulement que dans un cas les vésicatoires ayant été complétement inutiles, la maladie parut se dissiper sous l'influence de l'extrait d'opium administré pendant douze jours à la dose de 10 à 15 centigrammes; mais voici comment on peut expliquer cette exception : La névralgie s'était développée dans le cours d'une bronchite aiguë; or, les narcotiques ont bien pu agir avec efficacité sur cette

dernière maladie, et par suite sur la névralgie dont la violence semblait entretenue par les efforts et les secousses de la toux. Ce n'est toutefois là qu'une explication, et de nouveaux faits sont nécessaires pour éclairer la question.

Chez une autre malade, la névralgie qui avait résisté aux ventouses scarifiées, à l'extrait d'opium, au sulfate de quinine, se dissipa après huit jours de l'emploi des pilules de Méglin au nombre de 3 à 6. Y avait-il là plus qu'une simple coïncidence? Un seul fait ne saurait nous l'apprendre.

4° Dans sept cas, on employa soit *la saignée générale*, soit *les ventouses scarifiées*, soit *les sangsues*, et dans aucun il n'y eut la moindre amélioration. Deux fois, au contraire, les douleurs furent beaucoup plus vives les jours qui suivirent l'application des sangsues et des ventouses, et cela sans qu'on pût trouver la cause de cette aggravation de symptômes dans l'état de l'atmosphère, ou dans toute autre influence. La quantité de sang tirée fut de 200 à 500 grammes, et dans deux cas les ventouses furent appliquées à trois reprises différentes, toujours avec le même insuccès. Ces résultats sont d'accord avec ceux qui ont été obtenus par Nicod et par le docteur Isaac Porter, et opposés à l'opinion de la plupart des autres auteurs.

5° Un *moxa* sur le point douloureux voisin de la colonne vertébrale fut appliqué dans un cas où la névralgie durait déjà depuis un mois et demi environ, et avait résisté aux narcotiques et aux saignées. L'effet immédiat de ce moyen fut d'aggraver considérablement la maladie; les douleurs devinrent plus intenses et envahirent des espaces intercostaux qu'elles n'avaient pas encore atteints.

Quant à l'effet consécutif, il parut tout-à-fait nul, car la névralgie ne perdit de son intensité que plusieurs jours après la cicatrisation.

6° Chez le même sujet, on employa le *sulfate de quinine* à la dose progressive d'un gramme à quinze décigrammes. Un accroissement notable des douleurs ayant lieu deux fois dans les vingt-quatre heures à des intervalles assez réguliers, on jugea qu'il convenait de donner les antipériodiques; mais le sulfate de quinine n'eut d'autre effet que de déterminer de la douleur à l'épigastre, des nausées, du trouble dans les digestions, etc., et l'on fut obligé d'en cesser l'emploi au bout de huit jours.

7° Dans ce même cas encore, le *sous-carbonate de fer* fut administré. La suppression des menstrues fournissait l'indication; mais ce médicament ne modifia en rien la douleur, et néanmoins les règles se rétablirent et acquirent leur durée et leur abondance normale. J'ai employé les *pilules de Blaud* dans deux autres cas qui présentaient la même indication, et dans l'un deux, les règles ayant bientôt reparu, la névralgie dorso-intercostale se dissipa.

8° Chez un sujet, des *bains sulfureux* très nombreux ont été administrés pour une autre affection que la névralgie dorso-intercostale, sur laquelle ils n'ont eu aucun effet; il en a été de même des bains simples chez un autre.

9° Les tisanes ont beaucoup varié. On les changeait suivant le goût des malades, ou suivant qu'il survenait quelque accident du côté des voies digestives. En un mot, on n'a attaché aucune importance à leur administration. Aussi voyons-nous l'infusion de tilleul, de violette, de mauve, de petite centaurée; la décoction de

riz, la solution de sirop de gomme, la limonade, être prescrites tour à tour, et se remplacer d'un jour à l'autre ; aucune d'elles d'ailleurs n'a une grande activité, en sorte qu'il serait inutile d'en parler plus long-temps.

En résumé, le seul moyen qui ait pour lui, jusqu'à présent, la sanction de l'expérience, et qui se recommande par des succès nombreux et rapides, c'est l'emploi des vésicatoires volants disséminés sur les divers points douloureux. Il est toujours bien entendu qu'on devra rechercher avec le plus grand soin tous les signes de l'intermittence périodique, afin d'administrer aussitôt le fébrifuge. On devra également rechercher si les ferrugineux ne seraient point indiqués.

L'action du froid prolongé étant la seule cause dont l'influence ait pu être reconnue, on recommandera aux malades de se garantir la poitrine, surtout pendant la nuit. L'usage d'un gilet de flanelle sur la peau sera prescrit. On ne saurait, dans l'état actuel de la science, indiquer d'autre préservatif.

CHAPITRE CINQUIÈME.

NÉVRALGIE LOMBO - ABDOMINALE.

Art. 1er. — Considérations préliminaires.

La névralgie lombo-abdominale est encore moins connue que la névralgie dorso-intercostale : on chercherait en vain dans les auteurs une apparence de description de cette maladie, et J. Frank, qui a recueilli presque tout ce qu'on a publié sur les névralgies, ne fait pas même mention de celle-là. On a cité comme exemple de névralgie lombaire un fait rapporté dans la thèse de M. J.-J. Coussays (1); mais ce fait a laissé, non sans raison, du doute sur l'exactitude du diagnostic. Il ne nous reste donc en somme, sur la névralgie lombaire proprement dite, que quelques mots dits en passant par Nicod (2) et par les auteurs qui ont parlé de l'irritation spinale.

Mais il est une forme particulière de névralgie lombaire qui a plus spécialement fixé l'attention de quelques auteurs : c'est la névralgie *ilio-scrotale* de Chaussier, *irritable testis* d'Astley Cooper, le testicule douloureux, la névralgie du testicule de quelques uns. Je n'en parle point ici, parce que j'aurai à y revenir dans l'exposition des faits particuliers, à laquelle je passerai immédiatement après les considérations anatomiques.

(1) *De la névralgie considérée en général.* Paris, thèse, 1812.
(2) *Loc. citat.*

Art. II. — Considérations anatomiques.

Les nerfs lombaires offrent une trop grande analogie avec les nerfs intercostaux, pour que je me croie obligé d'entrer dans de grands détails anatomiques à leur sujet. Je me bornerai à rappeler, pour ce qui concerne les branches postérieures, qu'après avoir traversé, soit la masse commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal, soit l'espace cellulaire qui les sépare, elles deviennent sous-cutanées, et forment par conséquent, en dehors des vertèbres lombaires, une série de points très propres à être le siége de la douleur. J'ajouterai, ce qui n'est pas moins important, que parmi les filets cutanés externes fournis par ces branches, il en est plusieurs assez volumineux, qui, réunis ou accolés ensemble, se portent verticalement en bas, coupent perpendiculairement la crête iliaque au-devant de la masse commune, et gagnent la région fessière; le point où ils passent sur la crête iliaque est aussi celui où ils commencent à devenir tout-à-fait superficiels, et par suite le plus importants.

Parmi les branches antérieures, je ne mentionnerai que les quatre premières, la cinquième faisant partie du plexus sacré. Des deux ordres de rameaux que fournissent ces branches, j'éliminerai d'abord les rameaux anastomotiques qu'elles s'envoient entre elles, faisant toutefois remarquer que, par suite de cette communication, le plexus lombaire qu'elles produisent semble ne constituer qu'un seul et même nerf.

Le plexus lombaire ainsi formé, fournit des branches *terminales* et *collatérales* ou *musculo-cutanées*, ce sont ces dernières qui doivent fixer notre attention. Les

branches musculo-cutanées ont des destinations assez multipliées. Nous trouvons d'abord les rameaux abdominaux, parmi lesquels il faut distinguer le nerf *ilio-scrotal* qui naît de la première paire, et qui atteint la crête iliaque, en dehors du muscle carré des lombes; dans ce point, il traverse le muscle transverse, et, cheminant entre lui et le petit oblique, va porter ses derniers rameaux dans le muscle droit; mais auparavant, il a envoyé un rameau pubien qui, sorti par l'orifice cutané du canal inguinal, fournit des filets au pli de l'aine et aux environs. Je ne dois pas omettre de signaler une disposition fréquente : au moment où ce nerf atteint la crête iliaque, il envoie un filet cutané à la région fessière. La seconde branche abdominale ne nous offre rien de particulier. Parmi les rameaux fournis par les branches inguinales, je signalerai principalement le rameau cutané antérieur, donné par la branche inguinale externe, et devenu superficiel à sa sortie de l'arcade fémorale, et celui de la branche inguinale interne qui est connu sous le nom de *rameau scrotal*, et qui devient superficiel à sa sortie du canal inguinal. Ce dernier rameau fournit des filets à la peau du scrotum chez l'homme, et de la grande lèvre chez la femme.

En résumé, nous avons à noter les points suivants : 1° une série de points *postérieurs* en dehors des vertèbres lombaires; 2° un point siégeant à peu près vers le milieu de la crête de l'os des iles auquel on peut donner le nom d'*iliaque*. J'ai signalé, dans ce point, la présence des filets cutanés fournis par les branches postérieures du tronc inguino-scrotal devenu plus superficiel; 3° un *point abdominal* siégeant, dans l'hypogastre, à la partie inférieure du muscle droit, où viennent

se perdre les derniers filets des branches abdominales, il doit recevoir le nom d'*hypogastrique*; 4° un *point inguinal* qui se trouve à la sortie du rameau scrotal fourni par la branche inguinale interne; 5° un *point scrotal* qui correspond à la terminaison de ce nerf dans la peau du scrotum ou de la grande lèvre. Il est quelques autres points dans lesquels des rameaux nerveux deviennent superficiels ou se jettent dans la peau; mais ils sont bien moins remarquables.

Je vais maintenant présenter les faits particuliers ; ils nous fourniront des exemples irrécusables de cette espèce de névralgie, qu'on a dû nécessairement confondre bien souvent avec le rhumatisme des muscles lombaires, ou *lumbago*.

Art. III. — Faits particuliers.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombo-abdominale récente; application de trois vésicatoires volants; guérison rapide.

Un jardinier, âgé de 66 ans, fut pris, vers la fin du mois d'août 1840, de douleurs vives dont le siége était dans les reins et dans l'abdomen, et qui l'empêchaient, non seulement de se livrer à ses occupations, mais encore de faire un seul pas.

Je le vois le 17 août; il m'apprend que, huit jours auparavant, il a ressenti dans l'épaule gauche une douleur vive, augmentant par la toux et les mouvements du tronc; que cette douleur gagnait quelquefois le bras du même côté, et s'accompagnait souvent de vifs élancements. Il y a trois jours, elle quitta l'épaule et se fit sentir dans les reins; le lendemain, le malade fut forcé de garder le lit. Dans ce nouveau

siége, la douleur occupait les deux côtés à la fois, et tous deux avec une égale intensité; elle augmentait beaucoup par les mouvements de flexion et de redressement du tronc. Dans le jour, lorsque le malade restait immobile, il souffrait peu; mais, la nuit, ses douleurs étaient vives, même dans l'immobilité. Elles étaient sourdes, permanentes, accompagnées d'élancements fréquents et ordinairement très vifs.

Le malade ne peut assigner à son affection d'autre cause que la grande fatigue qu'il a éprouvée en arrosant constamment, du matin au soir, pendant un mois et demi. Il a une nourriture régulière, composée principalement de légumes; boit du vin à tous les repas. La chambre où il couche est un rez-de-chaussée, voûté, non humide.

État actuel.— 17 *août.*— Taille au-dessus de la moyenne; maigreur notable (le sujet n'a jamais eu d'embonpoint); face très ridée; il paraît beaucoup plus âgé qu'il ne l'est en effet; cependant ses forces ne sont pas encore abattues.— Poitrine bien conformée; un peu de toux habituelle avec expectoration de crachats grisâtres, opaques et en petite quantité. — La jambe droite est le siége de varices; on y découvre plusieurs cicatrices bleuâtres d'anciens ulcères variqueux. Le malade est forcé de porter un bas lacé.

A la partie inférieure de la région lombaire *du côté gauche seulement*, et dans la hauteur des trois dernières vertèbres, 3 centimètres environ en dehors des apophyses épineuses, le malade éprouve une douleur sourde, contusive, permanente, qui offre parfois des exaspérations, et principalement la nuit. Une douleur semblable se fait sentir un peu au-dessus du canal inguinal du côté gauche, dans la hauteur de 2 à 3 centimètres; en dedans, elle dépasse un peu la ligne médiane, mais d'un centimètre tout au plus, tandis qu'en dehors elle ne va pas au-delà d'une verticale élevée du sommet de l'anneau; par moments, elle semble s'étendre un peu vers le flanc. Au dessus de la partie moyenne de la crête iliaque, il existe un point de la même nature, mais il

est beaucoup plus circonscrit que les autres, car on peut le couvrir avec la pulpe du doigt.

La pression exercée dans ces trois points avec l'extrémité du doigt indicateur, augmente beaucoup la douleur, et détermine parfois des élancements qui vont retentir d'un point dans l'autre. Le point le plus douloureux est celui qui siége au-dessus de l'anneau inguinal. Dans tout le reste de l'étendue de l'abdomen ou des lombes, la pression la plus forte ne détermine aucune douleur.

Des élancements beaucoup plus fréquents la nuit que le jour, mais ne se présentant pas sous la forme d'accès bien marqués, partent soit des lombes, soit de l'abdomen, pour se porter dans le point le plus éloigné, en passant par la crête iliaque. Le plus souvent, ils marchent d'avant en arrière.

Les mouvements du tronc réveillent fréquemment ces douleurs, et quand celles-ci sont très fortes, elles envahissent le côté droit, mais d'une manière passagère. Les efforts de la toux provoquent aussi la douleur, mais à un moindre degré. — L'épaule est maintenant entièrement libre.

Il n'y a dans la peau qui recouvre toutes ces parties, rien d'appréciable sous le rapport de la chaleur ou de la coloration ; seulement, il existe, du côté gauche, une hernie inguinale ancienne, et qui depuis un grand nombre d'années est maintenue par un bandage. Le malade croyait d'abord que les douleurs avaient leur siége dans la hernie ; mais celle-ci, examinée attentivement, est trouvée très facilement réductible, sans rougeur, sans dureté ; on la fait alternativement rentrer ou sortir sans occasionner de douleur. Les fonctions digestives s'exécutent très bien ; l'appétit est conservé ; il y a peu de soif ; point de nausées, ni de vomissements ; une selle naturelle tous les jours. — Pouls calme, naturel ; chaleur normale, aucune apparence de fièvre. (*Till. sucré; un vésicat. vol. sur chacun des 3 points doul.*)

18 *août*. — Pendant la nuit, les vésicatoires ont occa-

ionné une vive douleur, qui presque toujours a masqué la louleur névralgique. Cependant, quelques élancements, nais beaucoup plus rares, se sont fait sentir. — Toutes les onctions du reste sont en bon état. (*Pans. simple des vésicat.*)

19 *août.* — La douleur sourde, permanente, est complétement dissipée; les élancements n'ont plus lieu que dans quelques mouvements du tronc. Il ne reste qu'un peu de uisson dans les points occupés par les vésicatoires. Le reste *idem.*

20 *août.* — Hier, le malade est resté levé pendant trois eures, et il n'a éprouvé d'autre accident qu'un sentiment de atigue qui l'a forcé de se recoucher. Aujourd'hui, il est debout et se trouve bien. Les élancements n'existent plus. es vésicatoires sont presque secs, et la pression n'est plus douloureuse dans aucun point. — La hernie est exactement dans le même état.

21 *août.* — Le malade peut reprendre ses travaux. Trois nois après la névralgie n'avait pas reparu.

Il serait difficile de trouver un cas dans lequel les caractères de la névralgie fussent mieux tranchés. Douleur sourde et contusive disséminée par points; élancements se portant d'un de ces points à un autre; douleur la pression dans le siége même des douleurs spontanées: ne manque aucun symptôme caractéristique. Avec quelle maladie aurait-on pu confondre cette névralgie? e rhumatisme musculaire est certainement la seule qui ourrait se présenter à l'esprit. Par le rhumatisme musculaire seul, en effet, on se rendrait compte des élancements, des douleurs causées par les mouvements t la pression, et ce qui est plus important, du transport apide de la maladie de l'épaule aux lombes. Mais le humatisme musculaire proprement dit aurait-il eu ces oints disséminés si distincts, et ces élancements étendus,

contournant tout l'abdomen? Il y avait, sans doute, de la douleur dans les mouvements du tronc, mais elle consistait en élancements vifs, qui parcouraient une grande étendue, et qui étaient le principal objet des plaintes du malade. D'après les renseignements que j'ai obtenus, la douleur lombaire aurait d'abord existé des deux côtés, avec la même intensité. Y avait-il, alors, un véritable lumbago, qui se serait ensuite transformé en une névralgie lombo-abdominale, ce qui rapprocherait ce fait de ceux que j'ai cités à l'occasion de la névralgie cervico-brachiale (obs. XXIV et XXV)? De quelque manière que cette question soit résolue, toujours est-il qu'au moment où j'ai pu observer la maladie, elle avait son siége uniquement dans le côté gauche, et qu'elle avait, au plus haut degré, tous les caractères d'une névralgie.

Les trois points constatés par la présence des douleurs spontanées et par la douleur à la pression, étaient : le point *postérieur* ou *lombaire*; 2° le point *iliaque*, et 3° le point *hypogastrique*. Ce sont ceux qui, on se le rappelle, ont été signalés comme les plus remarquables dans les considérations anatomiques.

Quant au traitement, ses effets sont trop évidents pour que j'aie besoin de les faire ressortir. L'amélioration si notable survenue la nuit même qui a suivi l'application des trois vésicatoires ne saurait laisser aucun doute à cet égard, surtout quand on songe que, loin de diminuer d'intensité, la douleur augmentait chaque jour, au moment où ce moyen fut mis en usage.

L'observation suivante me paraît digne d'intérêt, à

cause des réflexions qu'elle suggère sur les rapports qui peuvent exister entre la névralgie lombo-abdominale et l'état de l'utérus.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombo-abdominale chez une fille affectée de blennorrhagie; disparition de la douleur sans traitement.

Jos. Sintot, lingère, âgée de 19 ans, assez bien constituée, d'un embonpoint médiocre; peau brune, cheveux noirs, teint assez coloré; à Paris depuis six mois, bien réglée, est malade depuis dix mois; elle est entrée à l'hôpital de Lourcine le 8 octobre. Elle n'a jamais eu de maladie grave; sa nourriture a toujours été saine; son logement sec, bien aéré.

Le 8 novembre, elle était traitée seulement pour une blennorrhagie, consistant en une rougeur du vagin avec écoulement blanc, épais, légères excroissances rouges situées à l'entrée de ce conduit, et rougeur du col de l'utérus, sans granulations. Elle sortit de l'hôpital en permission, le 22 ou 23 novembre, par un temps humide et froid, fit de longues courses, éprouva beaucoup d'inquiétude, et revint à l'hôpital le 25 du même mois.

Dans la nuit qui suit sa rentrée, elle éprouve beaucoup d'agitation; le matin, elle a quelques frissons, puis elle est prise d'une douleur très vive, ayant son siége dans la région des reins des deux côtés, mais surtout à gauche, et s'étendant en avant latéralement vers la partie antérieure de l'abdomen. Depuis ce moment, la douleur est revenue tous les jours, et présente des intermittences marquées. Les accès durent ordinairement d'un quart d'heure à une demi-heure; ils sont suivis d'une rémission complète dont la durée est à peu près d'une demi-heure. Tantôt la douleur consiste dans un sentiment de roideur dans le bas-ventre et au-dessus de la crête

de l'os des iles, tantôt ce sont de véritables élancements; quelquefois, ces deux genres de douleur existent en même temps. Quand la malade se courbe en avant comme pour se baisser, elle éprouve une sensation de craquement dans les reins. C'est principalement le soir, et la nuit, que ces accidents ont lieu; les douleurs n'ont rien de fixe ni de réglé dans leur apparition; elles cessent ordinairement le matin. Lorsqu'elles sont passées, il reste dans les parties qui en sont le siége une sensibilité anormale dont la malade se plaint. Une contrariété un peu vive, la visite au spéculum, sans causer de douleur notable dans le vagin, réveillent immédiatement les élancements.

Quand, par l'exploration, on cherche à préciser le siége de la douleur, on trouve qu'elle a son point de départ un peu en dehors des vertèbres lombaires et se dirige suivant une ligne à peu près horizontale qui contourne la cavité abdominale, vers la ligne blanche. Sur cette ligne, la pression fait découvrir du côté gauche, qui est le plus sensible, trois points très douloureux situés: 1° en dehors des apophyses épineuses des vertèbres indiquées, dans l'étendue de 6 centimètres environ; 2° au-dessus du milieu de la crête iliaque, dans l'étendue de 3 centimètres; c'est le point le plus douloureux; 3° à 8 centimètres environ de la ligne blanche, et à peu près à la même distance de l'épine du pubis. A droite, il n'y a que deux points douloureux à la pression. Le premier, situé en arrière, au même niveau que celui du côté gauche, s'étend jusqu'à 11 centimètres en dehors de l'épine; le second existe, dans l'étendue de 2 à 8 centimètres en dehors de la ligne blanche, jusqu'à 11 centimètres de cette ligne.

La douleur, qui était beaucoup augmentée dans tous ces points par la pression, n'est pas exaspérée par les mouvements de la respiration ou de la marche. La défécation exaspère ou fait naître la douleur des reins; l'émission des urines n'a pas cet effet.

Lors de l'apparition de la névralgie, cette femme a éprouvé également dans le trajet des nerfs sus et sous-orbitaires droits des élancements qui n'ont duré qu'un jour et une nuit; ils ressemblaient exactement aux élancements qu'elle ressent dans le côté. Toutes les autres fonctions sont en bon état.

Aucun traitement ne fut employé, parce que, à l'époque où j'examinai cette malade, les douleurs semblaient avoir déjà diminué, sous l'influence du repos au lit. Une tisane et des injections émollientes furent seulement ordonnées, et dès le lendemain, il ne restait que de faibles traces de la névralgie qui avait complétement disparu deux jours après; cependant l'écoulement vaginal n'avait nullement changé.

Dans ce cas, la maladie avait des caractères non moins frappants que dans le précédent; mais elle existait des deux côtés, quoiqu'elle eût un bien plus haut degré de violence du côté gauche. Je ne répéterai pas ce que j'ai dit, à propos de la précédente observation, sur les points douloureux, sur les élancements, etc.; l'application au cas actuel en est trop facile. Je ferai seulement remarquer que, chez cette jeune fille, les accès étaient bien plus distincts, quoique beaucoup trop multipliés et trop capricieux, pour qu'on pût croire à une véritable périodicité.

Si, maintenant, on se demande quel rapport il existait entre l'état des organes génitaux et la névralgie, on verra qu'il est impossible d'en trouver un bien positif. L'utérus ne participait pas à l'inflammation du vagin; l'introduction du spéculum dans celui-ci réveillait les douleurs, mais sans causer de vives souffrances locales; enfin, la névralgie se dissipa complétement sans qu'il survînt aucun changement favorable dans la blennor-

rhagie, qui, de son côté, n'avait pas acquis un plus haut degré d'acuité lors de l'apparition des premiers symptômes névralgiques. La douleur, réveillée par l'introduction du spéculum, est donc le seul phénomène qui paraisse lier entre elles l'affection génitale et celle des nerfs lombaires. Y avait-il, dans l'intérieur même du vagin, un point douloureux semblable à ceux qui existaient dans les parois abdominales? L'examen et l'interrogatoire n'ont pas porté sur ce phénomène, d'une manière suffisante, pour qu'on puisse répondre positivement. Je me bornerai donc à renvoyer le lecteur à ce qui a été dit, dans l'histoire de la névralgie dorso-intercostale, sur les rapports des douleurs nerveuses du tronc, avec l'état des organes génitaux. Il y a, en effet, sous ce point de vue, comme sous tant d'autres, plus que de l'analogie entre la névralgie dorso-intercostale et la névralgie lombo-abdominale.

Lorsque la malade fut soumise à mon observation, je ne crus pas devoir employer un traitement actif, pour deux raisons : 1° parce que la maladie, toute récente, paraissait s'être développée sous l'influence d'une fatigue considérable; 2° parce que le repos seul avait déjà diminué l'intensité des symptômes. Cette seconde considération me détermina surtout, car je craignais d'être porté à attribuer au traitement une guérison qui ne lui appartenait pas, et l'on a vu par le résultat qu'il en aurait été réellement ainsi. Quelques émollients, joints au repos et à la chaleur du lit, ont suffi pour faire disparaître ces douleurs qui tourmentaient beaucoup la malade. Je dois remarquer de nouveau que l'état des organes génitaux est resté le même après la guérison de la névralgie, en sorte qu'on ne saurait le regarder

comme la cause plus ou moins directe de cette affection.

L'observation qui suit n'est qu'une simple note, résultat d'une seule exploration, et ne peut par conséquent nous servir à étudier la marche de la maladie et son traitement. Cependant, elle mérite de trouver place ici, parce qu'elle a de nombreux points de ressemblance avec la précédente, et que les signes de la maladie y sont très évidents.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombo-abdominale dans le cours d'une blennorrhagie.

Une jeune couturière de 16 ans s'est présentée à la consultation du Bureau central des hôpitaux, le 19 mars 1839.

Elle a la peau brune, les cheveux noirs; le système pileux développé; elle offre tous les signes d'une constitution robuste. Les règles se sont montrées pour la première fois il y a six mois. Elles n'ont reparu que deux fois depuis, et peu abondamment; il y a trois mois, cette fille contracta une blennorrhagie qui ne détermina qu'une légère douleur de peu de durée dans les parties génitales. Elle commença à ressentir, il y a six semaines, des douleurs qui, partant des lombes de chaque côté, venaient retentir dans l'hypogastre. D'abord peu intenses, elles augmentèrent graduellement, et finirent par donner lieu à des élancements fréquents, assez forts, et d'une intensité plus grande à droite qu'à gauche. Dès le début, la malade éprouva dans les points affectés un sentiment de fatigue, de tension, de douleur sourde et contusive, qui persiste encore aujourd'hui. En explorant les parties par le toucher, et en exerçant la pression avec l'extrémité d'un doigt, on trouve à droite une douleur vive à la pres-

sion ; en dehors des vertèbres lombaires, ce point n'a transversalement que 3 ou 4 centimètres d'étendue. Après avoir cessé brusquement, cette douleur se reproduit un peu au-dessus du milieu de la crête iliaque, et occupe toute la partie antérieure de cette crête, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, puis elle cesse de nouveau pour se montrer encore à trois travers de doigt de la ligne blanche, où elle est plus vive, et a 3 ou 4 centimètres de haut, sur 2 de large. Les intervalles entre ces trois points ne sont nullement douloureux. Il suffit, pour exaspérer les douleurs, d'une légère friction sur la peau qui recouvre ces parties. A gauche, la douleur occupe exactement le même siége, mais elle est beaucoup moins considérable. C'est dans les points douloureux qui viennent d'être indiqués que se produisent et que viennent retentir les élancements.

La palpation et la percussion de l'abdomen ne font reconnaître ni tumeur, ni accumulation de liquide. L'urine est rendue facilement et sans douleur. Toutes les autres fonctions sont en très bon état.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la névralgie a existé des deux côtés, mais elle a eu beaucoup plus d'intensité à droite qu'à gauche. Ainsi, bien que ces deux faits s'éloignent un peu de la règle générale, car les névralgies affectent, comme chacun sait, un seul côté du corps bien plus souvent que les deux à la fois, ils n'en sortent cependant pas entièrement, puisqu'il n'y avait aucune comparaison à établir entre la violence des douleurs à droite et à gauche.

Quant à la cause, devons-nous la chercher dans l'état du vagin et de l'utérus? Malheureusement la note ne donne pas des détails suffisants à ce sujet, et le toucher n'a pas été pratiqué. Sous ce rapport donc elle nous fait défaut.

Je ne crois pas devoir présenter de réflexions sur le diagnostic à propos d'un cas si nettement dessiné. L'absence de toute lésion dans les organes abdominaux qui se trouvent sur le trajet des douleurs, ainsi que l'existence de points douloureux disséminés et d'élancements vifs et fréquents se portant de l'un à l'autre, ne peuvent laisser aucun doute sur le siége et la nature du mal.

A ces observations, dans lesquelles le diagnostic ne saurait être douteux, je vais en joindre une, qui jusqu'à présent était citée seule dans la science, mais qu'on n'avait pas admise sans élever quelques objections; elle appartient à la thèse de M. Coussays (1).

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Douleurs dans le trajet de la première paire lombaire.

Une demoiselle âgée de 10 ans, d'une bonne constitution, née de parents sains et encore vivants, est sujette depuis l'âge de 5 ans, à une douleur extrêmement vive qui revenait, au commencement, tantôt tous les mois, tantôt tous les deux ou trois mois.

Le siége de la douleur était dans cette partie de l'abdomen qui s'étend depuis environ la première vertèbre lombaire, du côté gauche, en suivant le trajet de la branche postérieure de la première paire lombaire, jusqu'aux environs de la crête de l'os des iles, endroit où cette branche nerveuse se termine par plusieurs filets. Les irradiations de cette douleur se répandaient sur la partie externe de la hanche, sans cependant s'étendre jusqu'au trochanter. Tel est

(1) *De la névralgie considérée en général*, 1812.

le trajet qu'elle parcourait, et que la petite malade indiquait elle-même aux médecins. Les téguments étaient parfaitement sains ; on n'y apercevait aucune trace de rougeur ni d'inflammation.

La maladie était survenue subitement au milieu de la nuit, sans cause appréciable, et à chaque retour elle se manifestait de la même manière et à la même époque. Chaque accès était marqué par des douleurs déchirantes toujours accompagnées de vomissements et quelquefois suivies de diarrhée. Il y avait en même temps céphalalgie, fièvre. Mais le trouble des fonctions était loin d'être en rapport avec la violence des douleurs et avec les signes que cette enfant en donnait.

L'attaque durait quelquefois trois jours; d'autres fois, elle se prolongeait huit jours entiers, pendant lesquels il y avait plusieurs paroxysmes qui variaient en fréquence et en intensité. Dès le deuxième jour, les douleurs étaient ordinairement plus supportables, et les phénomènes généraux disparaissaient. Après l'attaque, elle recouvrait sa gaieté et se portait parfaitement bien.

D'après le caractère et le siége de la douleur, l'examen des parties extérieures, l'exploration de l'état des viscères, après avoir successivement écarté par la méthode d'abstraction toute autre espèce de maladie, M. Jadelot a été conduit à regarder cette affection comme une névralgie qui avait son siége dans la branche postérieure de la première paire lombaire (branche lombaire de Bichat). Baudelocque partageait son sentiment. M. le professeur A. Dubois avait été aussi consulté.

Comme il y avait un peu de fièvre et des signes d'embarras gastrique, marqué par l'état de la langue, les vomissements et la céphalalgie sus-orbitaire, M. Jadelot la fit vomir plusieurs fois à l'époque des retours, et la mit pendant quelques jours à l'usage des délayants associés aux antispasmodiques. Il fit faire des fomentations avec des liniments cal-

mants ; il employa l'ammoniaque en friction, au point de produire la rubéfaction. Il prescrivit aussi des bains généraux froids dans l'intervalle.

Depuis deux ans, cette demoiselle, qui est grande pour son âge et bien constituée, n'a éprouvé que trois légères attaques, à de grands intervalles.

M. Ollivier (d'Angers), qui a cité sommairement cette observation (1), fait, à son sujet, la réflexion suivante : « Cette affection, dit-il, ne pouvait-elle pas dépendre aussi bien d'une inflammation de l'uretère que d'une névralgie ? » Le doute exprimé par cet auteur est motivé, il faut le reconnaître, par l'absence d'un grand nombre de détails qui seuls pourraient répondre à toutes les objections. Ainsi, il n'est nullement fait mention de l'émission des urines, de leurs qualités physiques et chimiques, de l'état de la région hypogastrique, et de la région rénale. On n'a point dit si, à quelque époque de son existence, la malade avait rendu des graviers. La marche extraordinaire de la maladie devait cependant attirer l'attention sur ces points d'une manière toute spéciale. Mais on s'est borné à indiquer le trajet des douleurs, ce qui est loin de suffire.

On voit par là combien la science était pauvre relativement à la névralgie lombo-abdominale, car on doit compter pour bien peu de chose les indications vagues fournies par les auteurs qui ont parlé de la névralgie intercostale ou de l'irritation spinale.

Cependant on a rapporté des exemples assez nombreux d'une autre forme de la névralgie lombaire, qu'on a appelée *ilio-scrotale*, parce que les douleurs occupent

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXI, p. 10, art. *Névralgie*.

principalement le rameau nerveux de ce nom. Je les ferai connaître un peu plus loin.

Je passe maintenant à des faits dans lesquels les symptômes du côté de l'utérus ont été particulièrement étudiés, au moins chez deux sujets.

QUARANTIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombo-abdominale gauche; douleur du col de l'utérus bornée au côté affecté par la névralgie; léger écoulement blanc.

Le 8 décembre 1840, s'est présentée à la consultation du Bureau central, une femme de 24 ans, blanchisseuse, non mariée, mère de deux enfants. Sa première couche eut lieu à 17 ans, et la seconde il y a trois mois. Dans sa dernière grossesse, elle a éprouvé de vives douleurs de reins qui ont persisté jusqu'à ce jour. Il y a un léger écoulement blanc depuis la même époque. Les règles sont revenues après six semaines, mais elles n'ont paru qu'une seule nuit, et ne se sont pas montrées depuis. Il y a deux mois, la malade entra à l'hôpital pour des douleurs qui occupaient la base de la poitrine et le cou, et avaient des deux côtés une égale intensité. Depuis dix jours, elle éprouve dans les reins des douleurs, qui se propagent à l'hypogastre et à l'aine. L'écoulement, loin d'augmenter, a diminué.

Cette femme habite une chambre chaude, aérée. Son état l'oblige à travailler dans des lieux humides; hier, se trouvant en sueur, elle est montée dans un cuvier.

Aujourd'hui, on constate l'état suivant: il existe un point douloureux à la pression dans l'étendue de 4 centimètres, à gauche et en dehors des apophyses épineuses de la région lombaire; on en trouve un second de 3 centimètres d'étendue, au côté gauche de la ligne médiane dans l'hypogastre, et un troisième de 2 centimètres de diamètre dans l'aine gauche. Il

y en a deux autres encore, l'un à la partie interne et supérieure de la cuisse, et l'autre au-dessus du genou du même côté. A droite, une légère douleur occupe l'hypogastre. Dans l'intervalle de ces points, la pression n'est pas douloureuse, non plus que dans la grande lèvre du côté affecté.

Le toucher par le vagin fait reconnaître, sur le côté gauche de l'utérus seulement, un point douloureux à la pression, sans chaleur et sans gonflement. Des élancements partis de la région lombaire vont retentir dans l'aine.

Langue blanche, couverte au centre d'un enduit assez épais; appétit nul, pas de soif; selles régulières. Pouls à 120, la malade venant de marcher. Chaleur modérée. La face est pâle.

Quels sont les symptômes qui, chez cette malade, se sont montrés du côté de l'utérus? Un léger écoulement et une douleur du col bornée au côté gauche envahi par la névralgie. Ces signes sont-ils suffisants pour nous faire admettre la préexistence d'une affection utérine, sous l'influence de laquelle la névralgie se serait produite? Cherchons, dans les diverses circonstances de ce fait, la solution de cette intéressante question.

L'apparition de cet écoulement léger remontait à trois mois, tandis que la névralgie n'avait que dix jours de durée. Y avait-il donc eu une exaspération des symptômes utérins, à l'époque du début de la dernière affection? Nullement, si l'on en excepte toutefois la douleur du col de l'utérus, qui a bien pu exister dès le premier jour, quoiqu'on ne puisse pas l'affirmer. Ainsi, c'est seulement cette douleur qui caractériserait l'affection à laquelle il faudrait rapporter la production de la névralgie. Mais son siége, limité à un seul côté du col, n'in-

dique-t-il pas, comme je l'ai fait remarquer à l'occasion de la névralgie dorso-intercostale (pag. 405), qu'elle n'est le symptôme ni de l'inflammation idiopathique de cet organe, ni d'aucune affection qui s'y serait primitivement développée ? Ne devons-nous pas, au contraire, y voir la preuve que cette douleur est purement et simplement un symptôme de la névralgie elle-même, comme le *point hypogastrique*, et comme celui qui a pour siége la grande lèvre ? Quant à moi, je ne crois pas qu'il soit possible d'élever le moindre doute à cet égard.

Les symptômes de la névralgie lombo-abdominale étaient des mieux caractérisés ; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était la propagation de la douleur à la cuisse. Les deux points douloureux trouvés dans le membre inférieur appartiennent à la névralgie crurale ; voilà encore un exemple de la facilité avec laquelle la névralgie se propage d'un nerf à un autre, par voie de contiguïté.

Dans l'observation que je vais présenter, la douleur utérine parait bien plus encore dépendante de la névralgie.

QUARANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombaire double, beaucoup plus forte du côté droit ; douleur du col de l'utérus beaucoup plus vive du même côté ; pas d'écoulement.

Une jeune fille de 17 ans, blanchisseuse, non mariée, ayant de l'embonpoint, la face colorée, le système pileux peu prononcé, s'est présentée au Bureau central, le 8 décembre 1840.

Elle est réglée depuis un an ; il y a six mois, elle eut une
ippression de menstrues qui dura trois mois, et en même
mps il se développa un abcès à la base de la mâchoire.
'écoulement menstruel a repris son cours, et se reproduit
gulièrement. Cette malade habite une chambre chauffée,
lairée, non humide.

Il y a huit jours, sans cause connue, elle a ressenti une
ouleur qui, occupant d'abord le bas-ventre, s'est ensuite
endue aux lombes. Aujourd'hui, la pression est doulou-
use, dans l'étendue de 4 centim., en dehors des apophyses
pineuses des vertèbres lombaires, jusqu'à la région sacrée du
té droit ; elle l'est également le long de la crête iliaque sur
ne surface de 2 centim., et à l'hypogastre dans une étendue
: 4 centim. environ. A gauche, douleur semblable dans les
êmes points, mais à un bien plus faible degré. Dans l'in-
rvalle de tous ces points, la pression ne cause aucune dou-
ur. Le col de l'utérus est ferme, peu volumineux, très
ouloureux au toucher à droite, bien moins à gauche. Point
écoulement. Pas de douleurs ailleurs.

Appétit faible ; soif assez vive ; selles régulières ; ni nau-
es, ni vomissements. Pouls à 92, souple, régulier, sans
veloppement anormal.

Ainsi, chez cette jeune fille, il y avait, pour tout
mptôme utérin, une douleur du col beaucoup plus
ve à droite qu'à gauche. Cette partie ne présentait en
et ni gonflement, ni ramollissement, et aucun écoule-
ent n'avait lieu par l'utérus. Quelle est donc, je le
mande, l'affection utérine caractérisée par ce seul
mptôme ? Ce cas est précieux, parce qu'il ne présente
cune cause d'erreur. On conçoit que des observateurs
struits restent indécis, en voyant réunis chez une
ême femme, les flueurs blanches, la sensibilité exaltée
u col, un trouble quelconque dans la menstruation ;

mais lorsqu'il n'y a que la douleur, et que cette douleur est en rapport direct de violence et de siége avec une maladie qui est une source de douleurs semblables, il ne me paraît pas possible d'admettre l'opinion de M. Bassereau que j'ai discutée plus haut.

A ces deux observations intéressantes, j'en pourrais joindre une troisième, dans laquelle on trouve à peu près les mêmes symptômes; mais comme le toucher n'a pas été pratiqué, il y a des doutes sur l'existence de la douleur utérine. Je me bornerai à dire que les flueurs blanches étaient extrêmement peu abondantes (depuis vingt-quatre heures, le linge de la malade n'avait pas été taché); qu'il n'y avait point de pesanteur vers le périnée, et que les menstrues étaient parfaitement régulières; en sorte que, s'il eût existé une douleur du col à la pression, elle eût été le seul symptôme, et ce fait aurait été tout-à-fait semblable au précédent. Je me servirai, au reste, de cette observation dans la description générale.

Je pourrais encore multiplier les faits, en ayant recours aux observations dans lesquelles la névralgie dont il s'agit figure comme complication; mais comme plusieurs d'entr'elles sont citées dans le cours de cet ouvrage, je me bornerai à donner une analyse succincte de ce qui est relatif à la névralgie lombo-abdominale.

Dans trois cas de névralgie dorso-intercostale et dans trois cas de névralgie sciatique, il y eut des douleurs dans le trajet des nerfs lombaires. Ces douleurs consistaient en un sentiment de contusion ayant son siége principal dans des points limités, disséminés sur le trajet des nerfs; en élancements dans les mêmes points; et en-

a, en une douleur à la pression, qui faisait encore
ieux reconnaître l'existence de ces points isolés. L'en-
mble de ces caractères ne peut convenir qu'à une
vralgie. Entrons maintenant dans plus de détails sur
siége de la maladie.

Dans ces six cas, la névralgie existait : cinq fois à
uche et une fois des deux côtés. En y joignant les cas
nt j'ai donné les observations, on a :

Névralgie lombo-abdominale gauche.	8		
Droite.	0		
Des deux côtés	5	Plus forte à droite.	2
		— à gauche.	3

Ainsi, la névralgie lombo-abdominale n'a été jamais
rnée au côté droit ; des cinq névralgies doubles, deux
ilement étaient plus fortes à droite. Cette prédominance
côté gauche est remarquable dans une névralgie qui
rapproche tant de la névralgie dorso-intercostale. On
t que dans celle-ci l'affection s'est présentée bien plus
ivent à gauche qu'à droite, et l'on doit regarder ce
iveau résultat obtenu par l'analyse des névralgies
ibaires, comme confirmant celui que nous a donné
ialyse des névralgies du thorax.

Les trois points douloureux décrits dans les observa-
is ne se rencontraient tous que dans un seul des six
dont je fais l'analyse. Dans les cinq autres, il y en
it deux qui occupaient : le voisinage des vertèbres
ibaires et le milieu de la crête iliaque quatre fois,
point lombaire et l'aine du même côté, une fois. On
: donc que c'est le point hypogastrique qui manquait
plus souvent, de manière que, dans le plus grand
ibre des cas, la douleur occupait uniquement les
nches postérieures qui ne parviennent pas jusqu'au-

près de la ligne blanche, et surtout la branche postérieure de la première paire lombaire, dont les filets, comme je l'ai fait remarquer dans les considérations anatomiques, coupent verticalement la crête iliaque pour se porter à la peau de la fesse.

J'ai dit que, dans un cas, il y avait des douleurs dans l'aine du côté affecté; ces douleurs qui existaient, et à la pression, et spontanément, ne pouvaient être attribuées à un état pathologique des organes de cette région, car l'examen le plus attentif n'y faisait rien découvrir, et d'un autre côté, on ne pouvait pas douter qu'elles eussent leur siége dans les filets nerveux fournis par les nerfs lombaires, puisque les élancements partaient des lombes.

Art. iv. — Névralgie lombo-abdominale propagée au scrotum ou à la grande lèvre (*Névr. ilio-scrotale*, *Ch.*; *irritable testis*, *Ast. Cooper*; *testicule douloureux*).

Je suis naturellement conduit, par ces considérations sur la douleur de l'aine, à parler de la névralgie qu'on a désignée sous le nom d'*ilio-scrotale*, et dont le principal caractère est de causer une douleur vive dans la région inguinale et dans le scrotum. Voici ce que dit Chaussier sur cette affection (1) :

« Cette espèce, que nous avons observée deux fois avait son siége au rameau de la première paire lombaire qui se dirige obliquement à la crête de l'ilium, accompagne le cordon des vaisseaux testiculaires, et se ramifie au scrotum. La douleur, qui était très vive, revenait ré-

(1) *Table synopt.*, § iv, név. ilio-scrotale.

gulièrement tous les jours, s'étendait de la crête de l'ilium aux diverses ramifications du nerf, était accompagnée de resserrement du scrotum et de rétraction du testicule; mais la sécrétion de l'urine n'était point altérée, ce qui listinguait cette affection de la néphritis. »

Richerand (1) paraît regarder l'affection décrite par Chaussier, comme un symptôme de la présence des pierres ou des graviers dans les reins ou dans les uretères. Mais ce qui a été dit de l'état des urines, doit éloigner cette idée, aujourd'hui, surtout, que l'on a parfaitement constaté l'existence de la névralgie ilio-scrotale.

On ne saurait douter que, sous le nom d'*irritable testis* ou *testicule douloureux*, Astley Cooper (2) n'ait décrit cette espèce de névralgie. Ce qu'il y a de plus remarquable dans les faits qu'il a cités, c'est l'extrême sensibilité du testicule; elle a été telle, qu'elle a absorbé presque complétement l'attention de l'observateur, et que la source réelle des douleurs n'a pas été recherchée avec tout le soin désirable. On ne peut donc pas conclure des observations d'Astley Cooper, que toute la maladie était dans le testicule, mais, seulement, qu'on y trouvait le point le plus douloureux. « Je pense, dit Astley Cooper, que le siége de la maladie est dans la substance nerveuse, et qu'elle est de même nature que le tic douloureux. » Dans cette proposition, la nature de la maladie est formellement indiquée, mais il n'y a rien de précis sur le siége.

J'ai eu occasion d'observer trois cas remarquables de névralgie lombaire, avec douleurs lancinantes dans le

(1) *Nosographie chirurgicale*, Paris, 1808, p. 198.

(2) *Œuv. chirurg. complèt.*, trad. de MM. Chassaignac et Richelot, 440 et suiv.

testicule; mais, soit que ces douleurs n'aient existé que d'une manière passagère, soit que je n'aie pas pu suivre les malades, je ne peux fournir, sur ces trois cas, que des notes sommaires.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombo-scrotale (ilio-scrotale, Chaussier; irritable testis, Ast. Cooper.)

En 1838, se présenta à la consultation du Bureau central des Hôpitaux un jeune homme de 17 ans, se plaignant d'une vive douleur dans le testicule gauche, dans l'aine et dans les lombes du côté correspondant. Les parents qui le conduisaient me dirent qu'ils attribuaient sa maladie à l'acte du coït, auquel il avait été entraîné par une femme de la campagne. Toujours est-il que dès ce jour, il avait commencé à éprouver, dans le testicule, des douleurs, d'abord légères, et qui avaient été ensuite en augmentant; elles consistaient principalement en élancements qui, partis du testicule, se portaient jusqu'à l'aine, et quelquefois jusqu'à la crête iliaque et aux lombes. Ces quatre points étaient douloureux à la pression, mais le testicule beaucoup plus que les autres, et principalement à la partie inférieure de l'épididyme. Il n'y avait au reste rien de remarquable dans le volume de cet organe, ni dans la couleur et l'épaisseur de la peau du scrotum; on n'y constatait pas non plus de rétraction de la glande séminale.

Je ne m'arrêterai pas à rechercher si la cause à laquelle les parents de ce jeune malade attribuaient la maladie, avait eu réellement l'influence qu'ils lui supposaient; je me bornerai à dire quelques mots des symptômes. L'état des organes urinaires n'a malheureusement pas été noté, en sorte qu'on pourrait, avec Richerand, croire à l'exis-

tence, soit d'un calcul, soit de la gravelle, affections dont la douleur testiculaire n'aurait été qu'un symptôme. Mais, en y réfléchissant, on est bientôt convaincu que ce jeune homme avait une véritable névralgie. La forme des douleurs consistant principalement en élancements, et surtout l'existence de quatre points douloureux à la pression, et de quatre points douloureux qui appartiennent en propre à la névralgie lombaire, sont des preuves irrécusables. Notons que, chez ce sujet, la rétraction du testicule signalée par Chaussier n'a nullement existé, pas plus que dans l'observation suivante.

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombo-scrotale dans le cours d'une blennorrhagie ; disparition spontanée.

Un jeune homme de 27 ans, ayant contracté une blennorrhagie fort douloureuse, éprouva, au moment où l'inflammation atteignit la portion sous-pubienne du canal de l'urètre, des élancements extrêmement violents revenant sept à huit fois par heure, à des intervalles très variés, et s'étendant depuis la région lombaire jusqu'au testicule. Assez souvent, néanmoins, les élancements partaient du milieu de la crête iliaque, et alors ils gagnaient d'une part le testicule, et de l'autre les lombes. Outre les points douloureux à la pression que j'ai signalés dans le cas précédent, il y en avait un autre dans la région hypogastrique; mais la pression n'était réellement douloureuse, dans tous ces points, qu'au moment des exacerbations; dans tout autre temps, on n'y constatait qu'une sensibilité très légèrement exaltée. Ce qu'il y avait surtout de remarquable dans ce cas, c'est que par moments la douleur changeait complétement de direction, et au lieu de se porter au testicule, gagnait la hanche et la fesse gauches, jusqu'au-dessous du grand trochanter. Le sujet, qui avait eu

une première blennorrhagie pendant laquelle il était survenu une orchite du côté gauche, crut reconnaître les mêmes douleurs qu'il avait éprouvées au début de cette affection, et paraissait fort effrayé. Mais l'examen attentif du testicule, qui ne présentait ni tuméfaction, ni dureté, pas même à l'épididyme; l'intermittence bien marquée des douleurs, le trajet des élancements et leur changement de direction dans certains moments, me rassurèrent sur ce point; et comme les douleurs, quoique violentes, n'étaient pas encore insupportables, je me bornai à conseiller le repos pour suivre la marche de la maladie. Dès ce moment, les élancements devinrent moins fréquents, sans perdre néanmoins de leur intensité, et au bout de trois jours ils se dissipèrent spontanément. La blennorrhagie n'avait pas, cependant, perdu sensiblement de son intensité.

Quel rapport existe-t-il, dans ce fait, entre la blennorrhagie et la névralgie? On est d'abord porté à n'y en voir aucun, car il n'y a point eu d'amendement notable dans celle-ci, lorsque la première s'est dissipée. Il se pourrait, néanmoins, que l'influence de l'inflammation urétrale, aidée de la fatigue à laquelle les occupations du malade pouvaient le soumettre, ait eu quelque part dans la production des douleurs nerveuses que je viens de décrire; mais on ne peut, sur un seul fait, établir que des conjectures.

C'est là encore un cas dans lequel toute espèce de traitement aurait paru nécessairement réussir; ce qui prouve combien il est indispensable de laisser la maladie suivre quelque temps sa marche naturelle, pour s'assurer si le repos seul ne suffira pas.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Névralgie lombo-abdominale; douleurs vives dans la grande lèvre chez une femme affectée déjà de plusieurs autres névralgies.

Une jeune femme de 26 ans, d'abord affectée d'une névralgie intercostale gauche des plus intenses, vit ensuite ses douleurs se porter à presque tout le côté gauche du corps, envahissant tour à tour la tête, le cou, le bras et les lombes. A l'époque où la névralgie gagna les nerfs lombaires, la malade ressentit des élancements très violents et très fréquents qui se portaient ordinairement de la région lombaire vers l'hypogastre, mais qui quelquefois suivaient une direction tout opposée. Une douleur sourde, contusive, extrêmement incommode, occupait les lombes, le flanc et la partie inférieure de l'hypogastre du côté gauche. A la pression, on trouvait quatre points douloureux bien marqués ; l'un en dehors des trois premières vertèbres lombaires: il avait de 4 à 5 centim. d'étendue; l'autre, beaucoup plus circonscrit au milieu de la crête iliaque, n'avait que 3 centimètres transversalement, et 1 centim. de hauteur ; le troisième, extrêmement douloureux, commençait à 4 centim. de la ligne médiane du côté gauche, et dépassait à droite cette ligne dans une étendue moitié moindre: il avait de 5 à six centim. de hauteur; en bas, il s'étendait jusqu'à l'orifice antérieur du canal inguinal ; enfin, le quatrième et le plus douloureux de tous siégeait dans la grande lèvre du côté gauche; il était tel que la plus légère pression arrachait des plaintes à la malade, et qu'il suffisait de passer légèrement le doigt sur la peau pour exaspérer la douleur.

Plusieurs vésicatoires qui avaient été appliqués pour la névralgie dorso-intercostale n'étant pas encore secs, et un léger mouvement fébrile existant depuis quelques jours, je ne crus pas devoir faire usage de ce moyen pour la névralgie lombaire. La malade, qui était fort mal réglée depuis six mois,

fut mise à l'usage des pilules de Blaud, et au bout de quelques jours les douleurs lombo-inguinales se calmèrent. Mais les douleurs de la tête et de la poitrine prirent une nouvelle intensité, de manière qu'on ne peut pas attribuer l'amélioration à l'emploi du médicament. J'ai ensuite perdu de vue cette malade qui était soulagée, mais non guérie de ses diverses névralgies.

Rien n'est plus précis que le siége de l'affection dans ce dernier cas; et la douleur hypogastrique, qui a été si bien dessinée, prouve que presque toutes les branches des premières vertèbres lombaires étaient envahies par la douleur. Je ne connais pas d'observation dans laquelle des symptômes aussi semblables à la névralgie du testicule aient été décrits chez la femme; cependant il est évident qu'il y a identité parfaite, les organes seuls dans lesquels se rendent les rameaux nerveux sont différents. On sent dès lors que la dénomination de *testicule douloureux*, ou *irritable testis*, adoptée par Astley Cooper, ne peut être conservée; le nom de névralgie lombo-abdominale me paraît préférable, en ce qu'il réunit sous un même titre des affections qu'on ne saurait réellement séparer, c'est-à-dire les névralgies lombo-coxale, lombo-abdominale et ilio-scrotale.

Art. v. — Description générale de la névralgie lombo-abdominale.

Les faits que j'ai présentés plus haut nous permettront plutôt d'apprécier les symptômes de cette affection et leur valeur diagnostique, que d'en tracer une histoire complète. Cependant, il en est quelques uns qui ont leur importance sous le rapport du traitement. C'est ce qui ressortira, je pense, du résumé suivant.

Siége. — Cette affection, comme la névralgie dorso-intercostale, a existé plus fréquemment à gauche qu'à droite. Les nerfs envahis étaient évidemment les premières paires lombaires, et surtout la première. Tantôt l'affection n'occupait que les branches postérieures, tantôt elle gagnait les branches antérieures, et, dans ce dernier cas, il y avait une différence dans la forme de l'affection, suivant que la douleur se bornait en avant à l'hypogastre, ou qu'elle descendait jusqu'au testicule, ou à la grande lèvre.

Symptômes. — Les *points douloureux* qui ont été constatés, sont : 1° le *point lombaire*, siégeant un peu en dehors des premières vertèbres de ce nom, et dans la portion de peau où se rendent les nombreux filets des branches postérieures ; 2° le *point iliaque*, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des iles ; 3° le *point hypogastrique*, au-dessus de l'anneau inguinal et en dehors de la ligne blanche ; 4° un *point inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope ; 5° un *point scrotal*, ou de la *grande lèvre*, à la partie inférieure du testicule, ou dans l'épaisseur de la grande lèvre. Dans les cas où la névralgie n'occupe que les branches postérieures, et principalement celles de la première paire lombaire, il n'y a que deux points douloureux à la pression : le *point lombaire* et le *point iliaque*. Dans ceux où les branches antérieures sont également envahies, tantôt on observe trois points seulement : le *lombaire*, l'*iliaque* et l'*hypogastrique* ; tantôt, au contraire, on en trouve un plus grand nombre, et à ceux que je viens d'indiquer, il faut joindre le point *inguinal* et le point *scrotal*. Les auteurs qui ont parlé de la névralgie du testicule n'ont point fait remonter les douleurs au-delà de la crête

iliaque; mais il n'est point démontré que leur exploration ait toujours été suffisante.

Dans tous les cas, les points douloureux laissaient entre eux des intervalles marqués, dans lesquels la pression ne révélait pas de douleur; cependant il peut arriver, et j'en ai un exemple sous les yeux, que la sensibilité soit exaltée dans tout le trajet des nerfs, mais elle l'est toujours beaucoup plus dans les points indiqués. Sous ce rapport, la névralgie lombaire ne présente rien de particulier.

Formes de la douleur.—Ici, comme dans les névralgies précédentes, outre les douleurs lancinantes, il y avait une douleur sourde, contusive, permanente, dans les points dont nous parlons. Ainsi, cette névralgie, aussi bien que les autres, présente de véritables *centres* ou *foyers* de douleurs.

La pression a encore été, dans cette maladie, le meilleur moyen d'exploration qui pût éclairer le diagnostic, et, nul doute que, si les auteurs l'avaient mis en usage, la névralgie lombaire ne fût dès long-temps parfaitement connue.

Diagnostic. — Je ne m'étendrai pas sur la *marche*, la *durée*, la *terminaison* de la maladie, etc.; de nouveaux faits sont indispensables pour éclairer toutes ces questions; mais je dirai un mot du *diagnostic*. La lumbago est certainement de toutes les affections douloureuses qui occupent les lombes, celle qu'on peut confondre le plus facilement, et qu'on a, sans aucun doute, le plus souvent confondue avec la névralgie lombaire. Dans les cas de douleurs musculaires des lombes que j'ai pu étudier, et dont plusieurs des observations citées dans cet ouvrage offrent des exemples, la douleur exis-

ait des deux côtés ; elle occupait la masse des muscles
acro-lombaire et long dorsal, et ne s'étendait pas au-
delà. Ordinairement, la pression était douloureuse à un
aible degré sur les masses musculaires, mais dans une
tendue plus large que dans la névralgie lombaire. Elle
tait principalement exaspérée par les mouvements de
exion et de redressement du tronc. Elle était faible ou
ulle dans l'immobilité, à moins que la maladie ne fût
ès aiguë. Les élancements, moins vifs que ceux de la
évralgie, restaient fixés dans la région lombaire. On
oit donc que la distinction est facile si l'exploration est
ite convenablement. Je n'ai rien trouvé dans l'ou-
rage de M. Requin qui pût éclairer davantage le dia-
nostic.

Il est une autre affection douloureuse qui siège éga-
ment dans les muscles des lombes, et que nous ne
onnaissons pas encore assez pour décider si elle est
n simple rhumatisme musculaire ou une affection
fférente : je veux parler de cette maladie qu'on
omme dans le vulgaire *tour de reins*, et qui consiste
une douleur très vive, survenue subitement et pen-
nt un effort quelconque, mais surtout pendant l'effort
cessaire pour soulever un fardeau. La douleur à la
ession est souvent très vive, mais elle n'est rien en
mparaison de celle que font éprouver les mouvements
. tronc, et surtout ceux de flexion et de redressement.
le est, au reste, bornée aux lombes, et ne produit
s d'élancements qui aillent s'irradier dans les parois
dominales. Les causes de la maladie, son début subit,
les symptômes que je viens d'énumérer, serviront à la
re distinguer de celle qui nous occupe ; l'emploi de quel-
es émissions sanguines locales est, dans cette doulou-

reuse affection, infiniment plus efficace que dans la névralgie.

On distingue la névralgie lombo-abdominale, du rhumatisme de la paroi antérieure de l'abdomen, aux mêmes caractères différentiels qui viennent d'être donnés pour le rhumatisme des lombes ; il n'y a que de légères différences dues à la différence des régions.

Les femmes affectées d'inflammation de l'utérus, ou dont les règles sont difficiles, éprouvent très souvent des douleurs qui, parties des lombes, se dirigent vers le petit bassin ; ces douleurs doivent-elles être rangées dans les névralgies lombaires ? Le petit nombre des faits ne nous permet pas de nous prononcer à cet égard d'une manière positive. Je dirai cependant qu'ayant eu occasion d'observer, à l'hôpital de Lourcine, une jeune fille qui, dans le cours d'une blennorrhagie, éprouva tous les symptômes d'une inflammation de l'utérus avec douleurs vives et lancinantes dans les deux aines et dans la région sacrée, je ne découvris, malgré une exploration très attentive, aucun point douloureux dans le trajet des nerfs lombaires. Il faut donc admettre que la douleur locale de l'utérus s'irradiait dans le bassin, soit en suivant les nerfs hypogastriques vers le plexus sacré, soit par une autre voie qui nous est inconnue.

Dans le cancer de l'utérus, des douleurs semblables à celles dont je viens de parler, et quelquefois bien plus violentes, se font fréquemment sentir. Dans un cas de ce genre, je n'ai pas plus découvert de signes de névralgie que dans l'inflammation utérine, et j'ai cru devoir en tirer les mêmes conclusions. M. Bassereau est arrivé à des résultats semblables.

Du côté des voies urinaires, il est une affection qui pour-

ait peut-être donner lieu à quelques erreurs de diagnos-ic : c'est *la gravelle.* Lorsqu'un gravier un peu volumi-ieux se trouve engagé dans l'uretère, il produit une louleur très vive qui va retentir dans le testicule, où l détermine une rétraction marquée. La violence ex-rême de cette douleur, son apparition brusque dans 'abdomen et les troubles de la sécrétion urinaire vien-ront en aide au diagnostic, qui ne saurait être douteux i l'on y joint l'exploration par la pression, dont j'ai eu i souvent occasion de faire connaître les avantages.

Traitement.—Je dirai peu de chose du *traitement.* .e lecteur doit avoir présents à l'esprit les cas dans les-uels les vésicatoires volants ont eu un succès non dou-ux. J'en ai depuis observé quatre nouveaux, et ans trois, deux ou trois vésicatoires volants appliqués à fois sur les principaux points douloureux ont enlevé la évralgie en quatre ou cinq jours. Dans le quatrième, a fallu avoir recours à une nouvelle application de ésicatoires faite de la même manière, mais le résultat 'a pas été moins satisfaisant. Ce moyen me paraît donc evoir être fortement recommandé.

Je pourrais, comme l'a fait Astley Cooper, citer une ongue liste de médicaments qu'on a tour à tour em-loyés contre la névralgie *ilio-scrotale*; mais quelle rait l'utilité d'une pareille énumération, lorsque la aleur de ces moyens ne peut avoir pour elle la sanc-on de l'expérience? Il vaut mieux attendre les résultats e l'observation que de se livrer à de vaines hypothèses.

CHAPITRE SIXIÈME.

NÉVRALGIE CRURALE.

ART. 1er. — CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Cette névralgie est, sans contredit, celle que nous connaissons le moins ; elle se trouve à peine indiquée dans les auteurs qui ont spécialement écrit sur les névralgies, et s'il est vrai de dire qu'il en existe quelques observations dans la science, il est facile de s'assurer que ces observations présentent à peine les détails nécessaires pour établir d'une manière positive le diagnostic. Où chercher la cause de cette pénurie de faits ? Si j'interroge le résultat de mes recherches, je crois la trouver dans la grande rareté de cette maladie, considérée comme indépendante et non comme complication d'une autre névralgie. Depuis plusieurs années que j'examine avec soin toutes les douleurs qui siègent dans les membres aussi bien que dans le tronc, je n'ai trouvé que deux cas bien évidents de cette affection chez des sujets qui ne présentaient point de névralgie lombaire ou fémoro-poplitée. On verra plus loin que, dans les cas où ces deux dernières névralgies existent, la douleur s'irradie assez fréquemment dans le trajet du nerf crural avec des caractères qui ne peuvent laisser des doutes sur sa nature névralgique.

Cotugno (1), dans le travail remarquable que j'aurai bien souvent occasion de citer dans l'histoire de la

(1) *De ischiade nervosa*, Napoli, 1764.

névralgie sciatique, a dit quelques mots de la névralgie crurale ; mais s'il a montré qu'il savait très bien distinguer cette affection, et qu'il en connaissait parfaitement le siége, il n'a réellement rien fait pour son histoire. Voici les caractères distinctifs qu'il lui assigne. Après avoir indiqué le siége de la névralgie sciatique, il ajoute (1) : « *Altera vero species fixum dolorem in inguine ostendit, qui per interiorem femoris, ac suræ, partem propagatur. Priorem* (névralgie sciatique), *quot posticas insideat coxæ partes, totaque fundetur in ischiadici nervi affectione*, ischiadem nervosam posticam appello. *Alteram, quot coxæ priora possideat, nervique cruralis passione generetur*, nervosam ischiadem anticam *nominabo*. »

Chaussier a désigné cette névralgie sous le nom de fémoro-prétibiale, et l'a décrite ainsi (2) : « Cette espèce a son siége dans le nerf fémoro-prétibial (communément crural); ainsi, depuis l'aine, où se trouve le tronc du nerf, la douleur se répand sur la face rotulienne de la cuisse, s'étend principalement sur le côté tibial de la jambe, à la malléole interne, à la face susplantaire du pied, et surtout, aux divisions nombreuses de la branche tibio-cutanée. Cette espèce présente les mêmes caractères que la précédente (névralgie fémoro-poplitée) ; elle y est quelquefois réunie ; elle est cependant plus rare, moins douloureuse, et cède plus facilement à l'usage des moyens curatifs. » Il est impossible de savoir sur quoi Chaussier a fondé cette dernière assertion.

J'ai dit que quelques observations de névralgie crurale existent dans la science. Parmi les moins insuffisantes,

(1) Chap. III, *Nervosæ ischiadis, species duæ*.
(2) *Table synoptique*, an XI. Paragr. VI, *Névralgie fémoro-prétib.*

on doit compter celles qui sont renfermées dans le mémoire de M. Martinet sur le traitement de la sciatique (1) : elles n'y sont qu'au nombre de quatre, et même faut-il réduire ce nombre à une seule, si l'on ne veut admettre que des cas de névralgie fémoro-prétibiale, sans complication de névralgie fémoro-poplitée.

On comprend qu'en l'absence de matériaux réellement suffisants, il serait déraisonnable de vouloir tracer l'histoire complète d'une affection si peu connue. Mais je peux du moins, à l'aide d'un petit nombre de faits convenablement observés, fournir des indications plus précises qu'on ne l'avait encore fait.

ART. II. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Le nerf crural, branche terminale la plus externe du plexus lombaire, plexus qui a tant de communications avec le plexus sacré, devient superficiel au-dessous de l'arcade crurale, où il s'épanouit en un grand nombre de rameaux. Parmi les branches auxquelles il donne naissance, les plus importantes pour nous sont 1° les *perforantes*, qui traversent le muscle couturier à différentes hauteurs, ainsi que l'aponévrose fémorale, pour aller se perdre autour de la rotule ; 2° le nerf *saphène interne* qui, après avoir suivi les vaisseaux jusqu'à la partie inférieure de la cuisse, fournit le rameau *cutané tibial ;* 3° la branche réfléchie, ou *rotulienne*, dont le nom indique la destination ; et 4° la branche *postérieure*, ou *directe*, qui d'une part va se porter jusqu'au devant de la malléole interne, sur laquelle elle s'épanouit en envoyant des rameaux à la peau de la partie interne de la plante du

(1) *Du traitement de la sciatique*. Paris, 1829. 2e édit.

pied, et de l'autre, gagne la peau qui revêt le côté interne du tarse et du métatarse.

On voit par là, 1° qu'à son origine et dans ses premières racines, le nerf crural a une connexion très étroite avec le nerf sciatique ; 2° que les points où il devient superficiel sont de haut en bas : *l'aine*, *les deux points de la cuisse qui correspondent aux branches perforantes*, *les environs de la rotule et du condyle interne*, *le pourtour de la malléole interne*, *le côté interne de la plante du pied*, et enfin *le côté interne du pied.*

ART. III. — FAITS PARTICULIERS.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Névralgie crurale du côté gauche.

Un jeune homme de 19 ans, marbrier, s'est présenté à la consultation du Bureau central des hôpitaux, le 28 novembre 1840.

Taille élevée ; face peu colorée ; système pileux abondant ; embonpoint médiocre ; constitution assez forte ; tempérament un peu lymphatique. Cet homme travaille dans un atelier qui n'est pas chauffé ; dans la chambre où il couche, le papier se décolle, et dans son lit, il a le côté gauche tourné vers le mur. Il n'a pas eu de maladies vénériennes, n'a pas reçu de coup sur la partie malade, n'a fait aucun effort.

Depuis trois jours, il éprouve des douleurs qui d'abord se sont fait sentir dans la hanche, puis se sont transportées à la partie interne du genou, où elles se sont fixées. De ce dernier point partaient des élancements qui retentissaient jusqu'à l'aine.

Aujourd'hui, la pression détermine de la douleur dans un point situé à l'angle supérieur et interne de la rotule, et dans un autre siégeant en dedans de l'angle infé-

rieur de cet os. La pression, qui est très douloureuse dans ces deux points, ne l'est nullement dans l'aine ou ailleurs. De temps en temps, le malade éprouve des élancements qui, partant toujours du genou, se portent d'une part vers l'aine, en suivant la partie interne de la cuisse, et de l'autre à la partie interne de la jambe, vers le mollet. Rien d'anormal sur le trajet de l'artère et dans les autres parties du membre. Le genou n'offre ni gonflement, ni fluctuation, ni aucune altération de la peau. La marche est un peu douloureuse. Les douleurs les plus vives se manifestent le soir quand le malade se couche. Ni élancements, ni points douloureux dans le trajet du nerf sciatique.

Toutes les fonctions s'exécutent bien. (*Till. or.; vésicat. volant à la partie int. du genou; repos.*)

Chez ce jeune homme, le siége de la maladie était bien distinct; un seul point douloureux à la pression existait, il est vrai, à la partie interne du genou; mais les élancements qui, partis de ce foyer, allaient retentir d'une part dans l'aine, et de l'autre à la partie interne de la jambe, annonçaient bien que le nerf crural, ou quelqu'un de ses principaux rameaux, était affecté. La marche de la maladie est propre également à nous éclairer sur son siége; ainsi la douleur s'est d'abord fait sentir dans l'aine, puis elle est venue se fixer dans deux points siégeant au côté interne de la rotule, et c'est de ce dernier endroit qu'elle s'est ensuite élancée par intervalles en suivant deux trajets divergents, l'un ascendant, l'autre descendant.

Pourrait-on regarder une semblable affection comme due à une altération quelconque des parties qui entrent dans la conformation du genou? Ce qui a été dit dans le courant de l'observation s'oppose à ce que l'on adopte

une pareille manière de voir : le genou était évidemment tout-à-fait sain.

Je n'affirmerai pas que le froid auquel le malade était exposé en travaillant et l'humidité de la chambre où il couchait, ont été les causes de la névralgie ; mais je ferai remarquer qu'il y était exposé au plus haut degré, ce qui mérite assurément d'être noté. Il est inutile d'ajouter d'autres réflexions sur ce fait, puisque je n'ai pu suivre jusqu'au bout la marche de la maladie, et juger de l'effet du traitement que j'ai conseillé.

L'observation suivante est encore plus remarquable par la multiplicité des points douloureux, qui rend plus évident, s'il est possible, le siége de la maladie.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Névralgie crurale droite.

Un jeune homme de 23 ans, joaillier, s'est présenté au Bureau central des Hôpitaux, le 10 décembre 1840.

Son état l'oblige à forger deux jours par semaine. Il travaille beaucoup et jusqu'à la fatigue ; son atelier est bien chauffé. Il couche dans un endroit non humide, se nourrit bien et ne fait pas d'excès. Il est brun, de petite taille, et jouit habituellement d'une bonne santé. L'an dernier, sans cause connue, il a eu la moitié droite de la face paralysée ; cette maladie, non accompagnée de douleurs, fut guérie après sept semaines de l'emploi de vésicatoires sur le front, sur la tempe et derrière l'oreille.

Il y a trois semaines, ce malade éprouva tout-à-coup, le matin, en se levant, une douleur vive dans l'aine, du côté droit ; cette douleur gagna peu à peu le dos du pied du même côté. Des élancements se firent bientôt sentir dans

l'aine : ils y prenaient naissance et retentissaient presque immédiatement dans le pied, sans que le reste du membre inférieur fût envahi par la douleur ; en d'autres termes, il y avait deux élancements consécutifs, l'un à l'aine et l'autre au dos du pied ; mais la douleur lancinante franchissait l'intervalle qui sépare ces deux points sans se faire sentir dans le trajet des filets nerveux.

Ces élancements existent encore aujourd'hui et ils sont assez fréquents. Quelquefois ils se portent dans la fesse, mais jamais dans la région lombaire.

En leur absence, le malade ressent, dans les points indiqués, une sorte d'engourdissement et une douleur sourde et permanente. La pression est douloureuse dans plusieurs points circonscrits qui ont leur siége dans l'aine, ainsi que dans la partie externe et supérieure, dans la partie moyenne et dans la partie inférieure et interne de la cuisse, au-dessus du genou. Deux autres points douloureux à la pression, et non moins remarquables, existent au-devant de la malléole interne et à la base des premiers orteils. Le plus étendu n'a pas plus de 4 centimètres de diamètre, les intervalles sont tout-à-fait insensibles à la pression.

Douleur vive dans la marche, et principalement quand le malade pose le pied par terre. (*Vésicat. volants à l'aine et au-dev. de la malléol. int. ; till. sucré.*)

Un grand nombre de points douloureux existaient chez ce sujet. Ainsi, nous avons d'abord le *point inguinal*, le point qui correspond aux branches perforantes, ou *point crural moyen*, le point voisin de la rotule, ou *condylo-rotulien interne*, celui qui siége au-devant de la malléole interne, ou *malléolaire interne*, et, enfin, le *point métatarsien*, qu'on trouvait à la base des premiers orteils. Il ne nous manque donc réellement ici que le *point plantaire interne*. Cette observation

suffit pour montrer que sous le rapport du siége et de la dissémination de la douleur, la névralgie crurale ne s'éloigne point des autres affections du même genre.

Les élancements éprouvés par le malade ont présenté une particularité qui, bien qu'elle se retrouve quelquefois dans les autres névralgies, comme on l'a vu plus haut, ne mérite pas moins d'être notée. La douleur lancinante se faisait sentir successivement et à un très court intervalle, d'abord dans l'aine, et puis à la partie interne du pied ; et cependant, le grand espace qui sépare ces deux points n'était nullement envahi par cette douleur lancinante. Quoiqu'il soit difficile de comprendre comment une souffrance si vive pouvait se porter d'une extrémité du nerf à l'autre, sans affecter, en passant, au moins les points douloureux intermédiaires, il faut bien admettre le fait comme un résultat positif de l'observation. Il le faut d'autant plus, que cette forme d'un des symptômes les plus importants de la névralgie est véritablement un caractère tout-à-fait distinctif. Quelle autre affection, en effet, peut présenter un pareil signe? La coxalgie, il est vrai, a pour symptôme une douleur qui siége en même temps dans l'articulation coxo-fémorale et dans le genou; mais c'est surtout dans des mouvements imprimés à l'articulation que cette douleur se fait sentir.

Si dans l'observation précédente nous avons pu soupçonner les causes de la maladie, sans toutefois les regarder comme démontrées, ici, nous n'avons pas même un léger indice pour nous mettre sur la voie.

Voici maintenant l'observation de M. Martinet, telle que cet auteur l'a rapportée.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Névralgie crurale double.

Le nommé Chambon, âgé de 37 ans, travaillant dans une fabrique de céruse, a eu douze fois la colique de plomb, dont six à un degré fort intense. La première de ces coliques, il y a neuf ans, s'accompagna de torsion des poignets et d'une paralysie presque complète du mouvement des membres supérieurs et inférieurs, avec sensation d'engourdissement, de froid et d'élancements le long des membres. Cette maladie dura quarante jours.

Il y a cinq ans, à la suite d'une colique saturnine, Chambon fut de nouveau attaqué d'une paralysie incomplète des quatre membres, mais sans que les douleurs fussent aussi vives que la première fois; la maladie se prolongea pendant quarante-sept jours.

Au mois de décembre 1827, le 20, sans s'être exposé à l'humidité et à aucune cause de suppression de transpiration, sans avoir eu préalablement de coliques, quoiqu'à cette époque Chambon travaillât à la fabrication du *minium*, comme dans l'attaque précédente, il fut pris tout-à-coup de violents élancements, qui des aines se dirigèrent le long du nerf crural, et se terminèrent au jarret. Ces élancements étaient presque continuels; ils acquéraient de temps à autre une nouvelle violence; cependant ces paroxysmes n'affectaient aucune époque régulière dans leur développement. La douleur était concentrée le long de la partie interne de chaque cuisse dans une étendue d'un très petit diamètre, presque linéaire; la pression des divers points douloureux ne développait nullement la sensibilité de la peau, ni celle des nerfs cruraux; cette douleur n'était point superficielle, mais profondément fixée dans les membres; elle augmentait par la chaleur. La peau n'offrait aucun aspect anormal. Les mouvements des cuisses étaient très difficiles et très douloureux; la marche était presque impossible. La santé, du reste,

était en fort bon état; le malade avait de l'appétit; la langue était nette, humide, naturelle; il existait de la constipation.

Cet homme se fit conduire à l'Hôtel-Dieu le 29 décembre, dixième jour de sa maladie. Le succès obtenu par l'huile de térébenthine chez un autre sujet affecté de sciatique, et qui venait de quitter, la veille, le lit dans lequel celui-ci fut couché, engagea à recourir au même traitement; en conséquence, on lui prescrivit, le 30 décembre, une potion composée de deux gros d'huile de térébenthine et de quatre onces de miel. Le premier jour, le malade en prit cinq cuillerées. Les effets immédiats de cette potion consistèrent en une sensation de chaleur, d'abord dans l'estomac, puis à la figure et dans presque tout le corps; cette chaleur ne fut pas plus marquée dans les cuisses; elle donna également lieu à un peu de céphalalgie et à une diminution de l'appétit.

Le 31, les élancements qui existaient dans les deux cuisses étaient moins violents; les mouvements étaient aussi un peu plus faciles. (*Même traitement.*) Sueurs dans la journée.

Le 1er *janvier* 1827, la cuisse gauche est à peine douloureuse; la droite l'est davantage; des élancements assez vifs s'y font sentir. La langue est belle; l'appétit est rétabli; les urines sont plus abondantes que de coutume. (*Trois cuillerées de la potion au lieu de cinq.*)

Du 2 *au* 7 *janvier*, continuation de la douleur de tête; chaleur dans l'estomac et dans tout le corps, quelques temps seulement après l'ingestion de la potion : ces phénomènes ne se prolongent guère plus de cinq à dix minutes à chaque fois. Point de coliques, point de dévoiement; augmentation des urines; transpiration naturelle; diminution des douleurs des cuisses.

Le 7, cessation de la céphalalgie; la cuisse droite a recouvré ses mouvements et n'est plus douloureuse; il n'existe qu'un léger engourdissement, sans élancements, dans la cuisse gauche.

Les jours suivants les douleurs se dissipent complétement,

la marche redevient facile, et le malade sort de l'hôpital à la fin du mois de janvier, parfaitement guéri.

Dans ce cas, l'exploration n'ayant pas été faite d'une manière suffisante, il restera peut-être dans l'esprit de plusieurs lecteurs, quelques doutes sur le siége et la nature de l'affection. Cependant, les élancements vifs, le petit diamètre transversal de la douleur, son point de départ et sa direction, tout porte à croire que le nerf crural était affecté. L'auteur affirme que la pression des divers points douloureux ne développait nullement la sensibilité de la peau et des nerfs cruraux ; sans nier le fait, je dirai qu'il était indispensable d'indiquer la manière dont la pression avait été exercée. Était-ce sur une large surface, ou dans des points très limités, avec toute la main ou avec l'extrémité d'un seul doigt? On sent combien tous ces détails laissent de vide dans l'observation, puisque sans eux on ne peut avoir que de faibles probabilités, et non la certitude.

M. Martinet regarde cette névralgie crurale, comme liée à une colique saturnine. Les douleurs de ce genre qui se manifestent quelquefois chez les sujets soumis à l'influence du plomb, doivent nous faire regarder cette opinion comme très admissible. L'observation, du reste, n'indique aucune autre circonstance où l'on puisse trouver la cause de cette névralgie. Quant au traitement par la térébenthine, je dirai qu'on s'est peut-être un peu trop hâté de l'employer, et qu'il eût mieux valu s'assurer si le repos et les simples délayants n'auraient pas amené dans les symptômes une notable amélioration. Cependant, le soulagement a été si prompt et a augmenté si rapidement, qu'on a tout lieu de croire que l'administration de la térébenthine ne lui est pas étrangère.

J'ai dit que parmi les observations de névralgie scia-
ique il en était quelques unes où l'on trouvait des
louleurs dans le trajet du nerf crural. Voici le relevé
uccinct de ces divers cas :

Chez treize sujets il existait une douleur lancinante
ans l'aine, alternant ou coïncidant avec des élancements
ans le trajet du nerf sciatique ; et chez sept d'entre eux
ı douleur s'étendait plus ou moins bas à la partie anté-
ieure et interne de la cuisse. Dans quatre autres cas,
ı douleur également lancinante n'existait que dans ce
ernier point ; en sorte que nous avons dix-sept sujets
ui ont présenté des symptômes névralgiques dans le
erf fémoro-prétibial. Deux autres éprouvaient, outre la
ouleur lancinante de l'aine et de la cuisse, des tirail-
ments assez violents dans le scrotum ; enfin ce symptôme
manifestait dans le scrotum seulement, chez un ma-
de ; dans ce dernier cas on ne doit pas admettre l'exis-
nce d'une névralgie crurale, mais seulement l'extension
la douleur sciatique au nerf ilio-scrotal.

Ainsi donc, en somme, nous avons dix-sept cas dans
squels la névralgie a affecté le nerf fémoro-prétibial
même temps que le nerf fémoro-poplité. De ces dix-
pt cas, douze étaient relatifs à des individus du sexe
asculin, et cinq à des sujets du sexe féminin. Si l'on
pproche cette proportion de celle que nous avons
ouvée dans les cas de névralgie sciatique, on voit
ı'elle ne diffère pas essentiellement, puisque dans cette
rnière affection près des deux tiers des malades étaient
s hommes. Quant à l'âge, il a varié de vingt-deux à
ixante ans, et a été un peu plus avancé chez les
mmes que chez les femmes, ce qui avait également lieu
ıns la névralgie sciatique, considérée indépendam-

ment de la névralgie crurale. Nous ne trouvons donc dans l'âge et le sexe des sujets, rien qui explique d'une manière satisfaisante l'extension de la douleur au nerf fémoro-prétibial; et quant aux autres causes possibles, les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse espérer de découvrir l'influence de chacune d'elles.

Je n'ai point indiqué, parmi les symptômes éprouvés par ces malades, la douleur à la pression; la cause en est dans l'absence totale de renseignements fournis par les auteurs à cet égard; moi-même j'ai négligé plusieurs fois ce moyen d'exploration. Cependant je dois dire que dans trois cas où il a été mis en usage, deux fois la pression a exagéré la douleur dans l'aine, et une fois à la partie antérieure de la cuisse.

Art. iv. — Considérations générales sur la névralgie crurale.

J'ai peu de chose à ajouter à ce qui a été dit à propos du petit nombre des faits particuliers que j'ai pu présenter. L'impression la plus générale qu'a dû laisser leur lecture, c'est que dans les cas où l'exploration a été faite convenablement, les symptômes n'ont pas différé sensiblement de ceux que l'on observe dans les autres névralgies. Ce sont toujours des points douloureux disséminés, circonscrits, qui forment des foyers de douleurs d'où partent les élancements; c'est toujours la marche capricieuse de la maladie et l'absence de toute altération apparente des tissus occupés par elle; c'est toujours enfin cette préférence que la douleur nerveuse affecte pour les lieux où le nerf devient superficiel et envoie des rameaux cutanés. En un mot, dans la névralgie crurale,

nous avons la confirmation de ce qui a été dit à l'occasion de toutes les névralgies précédentes.

Dois-je parler du traitement en général? Avec un aussi petit nombre d'observations, je ne saurais le faire d'une manière utile. Disons seulement que, eu égard à la ressemblance de cette névralgie avec les autres, tout porte à croire que le traitement ne doit pas être différent, et qu'on peut lui appliquer, par exemple, ce qui a été dit à l'occasion de la névralgie sciatique. Je dois ajouter cependant, 1° que Chaussier regarde la névralgie fémoro-prétibiale comme plus facile à guérir que les autres maladies de la même espèce, et 2° que les succès signalés par M. Martinet, et obtenus à l'aide de l'huile essentielle de térébenthine, sont très remarquables.

CHAPITRE SEPTIÈME.

NÉVRALGIE FÉMORO-POPLITÉE. (SCIATIQUE.)

—

Art. 1er. — Historique et considérations préliminaires.

Comme pour les névralgies précédentes, je me bornerai à indiquer les principaux renseignements que j'ai pu me procurer sur la névralgie sciatique, laissant de côté tous les travaux qui n'ont pas une importance majeure pour la pathologie ou pour la thérapeutique, ou qui ne sont que des répétitions plus ou moins exactes de ce qui avait été dit avant leur publication. Il faudrait un volume entier si l'on voulait donner une analyse de tout ce qui a été écrit sur cette affection.

Cotugno, à qui nous devons les recherches les plus importantes sur l'*ischias nervosa*, nom qu'il donne à la sciatique, fait remonter la connaissance de cette maladie jusqu'à Hippocrate. On trouve, en effet, dans le livre *De affectionibus*, le passage suivant (1) : « Coxendicum morbus quum fit, dolor corripit coxæ juncturam, et summas nates, ac coxendicem. *Tandem vero etiam per totum crus dolor vagatur.* » Et un peu plus loin : « Hic enim morbus per crus vagatur per sanguifluam venam : et ubicumque constiterit, ibi etiam

(1) Hipp. *Oper. omnia*, deuxième édition de Vander-Linden, 1665. — *De affect.*, 30.

olor manifestus fit maxime, molestus quidem, *sed on lethalis.* » Ces deux passages contiennent tout ce u'Hippocrate a écrit sur la sciatique. On voit qu'il ne ı confondait nullement avec les maladies des articula- ons du membre inférieur; car, quand même il ne la parerait pas du *morbus articularis* dont il parle lus loin, cette seule qualification de *non lethalis* qu'il ii donne suffirait pour mettre le fait hors de doute. es mots: *vagatur per sanguifluam venam*, qui primeut la théorie d'Hippocrate, prouvent combien ait erronée l'idée qu'il se faisait du siége de la maladie.

Cette indication de la sciatique est bien vague sans oute, mais du moins la névralgie y est désignée sans onfusion; on n'en peut pas dire autant à beaucoup rès de tout ce qui a été écrit sur ce sujet jusqu'à Rio- n; pour n'en citer qu'un seul exemple, je dirai que esle (1) se sert de termes si vagues, qu'on ne sait s'il ut uniquement parler de la coxalgie, ou s'il confond tte affection avec la sciatique.

On ne saurait douter en lisant Fernel (2) qu'il n'ait en connu la véritable névralgie sciatique (ischias); ici, en effet, comment il la décrit: « Ischias sedem ibet non in eo articulo quo femoris caput in coxendicem seritur, sed altius ad summam natem, qua nervi à mbis et ab osse sacro emergentes feruntur in crura. olor atrox non in sola est coxendice, sed in femur quo- ie et in suram, et in extremum pedem exporrigitur. » ais malgré cette description si claire, on ne tarde pas voir que Fernel n'a pas cherché à pousser plus loin le

(1) *De re medic.*, lib. IV, cap. XXII, *De Morb. cox.*

(2) Jo. Fernel, *Univ. medic.*, lib. VI, cap. XVIII, *De morbis arthrit.*, 19.

diagnostic différentiel de la sciatique, et que lorsqu'il parle du traitement, la maladie coxale n'est pas entièrement éliminée. Ce traitement doit consister, suivant l'auteur, en ventouses scarifiées pour attirer au dehors l'humeur viciée, et en fomentations échauffantes et fortifiantes; on doit même avoir recours au cautère potentiel, et tenir long-temps l'ulcère ouvert, toujours afin d'évacuer l'humeur malfaisante, cause de la maladie.

Rivière (1) ne nous apprend rien de plus sur les symptômes de la sciatique; il est même plus confus dans son diagnostic. Quant au traitement, il recommande le vésicatoire dans le but d'évacuer l'humeur, mais sans indiquer pour son application aucun point particulier dans le trajet du nerf.

Riolan (2) ne consacre que quelques mots à cette névralgie, mais il en indique parfaitement le siége. Après avoir parlé de la luxation spontanée du fémur et de la carie des os de l'articulation fémorale, auxquelles il donne les noms d'*ischias vera* et de *phthisis coxaria*, il ajoute : « Si ad exortum magni istius nervi, qui posticas pedis partes perreptat, humor influat; *notha ischias* excitatur. » Cette dernière affection ne peut être que la sciatique.

Si Cotugno n'a point, à proprement parler, découvert la névralgie sciatique, il a eu du moins l'honneur d'attirer spécialement sur elle l'attention des médecins, et de remplacer les vagues indications que je viens de citer, par une description claire et soignée d'une affection si

(1) Laz. Rivière, *Oper. medic. univ. Genevæ*, 1737, *edit. noviss.*

(2) *Encheiridium anatomicum et pathologicum.* Paris, 1658, lib. V, cap. III, *De artubus infer.*

peu connue. Par ses consciencieuses recherches, il a rendu le diagnostic facile, et a fourni à la thérapeutique des moyens d'une utilité incontestable dans un grand nombre de cas. On comprend toute l'importance de ce travail de Cotugno, lorsqu'on se rappelle que Morgagni lui-même, qui a traité avec tant de soin des lésions des articulations (1), et en particulier de l'articulation coxo-fémorale, ne dit rien des douleurs sciatiques avec lesquelles on pourrait les confondre.

J'aurai occasion de citer plusieurs fois, dans le cours de ce chapitre, le mémoire de cet auteur; je me bornerai donc ici à en donner une idée générale.

Cotugno (2), comme Riolan, désigne par le nom d'*ischias* toute affection qui occupe la hanche, et qui occasionne de la douleur avec une claudication plus ou moins forte. Mais il a soin aussitôt de diviser ces affections en *ischias arthritica*, qui n'est autre chose que l'*ischias vera* et la *phthisis coxaria*, de Riolan, et en *ischias nervosa*, qui se divise en *ischias nervosa postica*, c'est-à-dire la névralgie sciatique, et *ischias nervosa antica*, c'est-à-dire la névralgie crurale dont je n'ai plus à m'occuper ici.

Le siége de la maladie est d'abord établi avec précision par Cotugno; voici ce qu'il dit à ce sujet: On trouve dans l'ischion, et surtout derrière le grand trochanter, une douleur fixe qui, de là, monte d'une part vers le sacrum, et de l'autre descend le long de la partie externe de la cuisse, jusqu'au jarret. Il est rare qu'elle n'aille pas au-delà. Le plus souvent elle suit le péroné et

(1) *De sedib. et caus. morb.*, lib. IV, ep. LVII.

(2) *Domin. Cotunni, de ischiade nervosa commentarius*, Neapoli, 1764, *collect. Sandifort*; 1789, Neap., *et Bononiæ edit. novis et curis auctior.*

la partie externe du tibia, passe devant la malléole, et va se terminer sur la face dorsale du pied. Cotugno ajoute que si l'on demande au malade d'indiquer du doigt le trajet de la douleur, il suit la direction du nerf sciatique aussi bien que le pourrait faire le meilleur anatomiste. Il établit une distinction entre la névralgie crurale et la névralgie jambière.

Cotugno n'a parlé que des douleurs qui se développent spontanément chez les malades et de celles qui sont causées par la marche ; la douleur à la pression n'a point été indiquée par lui, et c'est sans doute dans cette omission qu'il faut chercher la cause du silence qu'ont gardé à cet égard les auteurs modernes ; car, relativement aux symptômes, ils n'ont guère fait que répéter ce qu'avait dit l'auteur italien. Les douleurs spontanées sont spécialement caractérisées par des élancements, des tiraillements, etc., partant tantôt de la hanche, et *tantôt du pied*, et parcourant les ramifications du nerf.

Quant à la marche de la maladie, Cotugno y reconnaît trois stades : dans le premier, les symptômes peuvent être attribués à une inflammation des tuniques nerveuses ; dans le second, le nerf devient œdémateux (*nervus fit hydropicus*) ; dans le troisième, il y a une demi-paralysie causée par l'accroissement de cet œdème du nerf. L'auteur modifie le traitement, suivant le stade auquel la sciatique est parvenue.

Telle est, en résumé, la description tracée par Cotugno ; je laisse de côté sa théorie sur la nature de la maladie, qu'il attribue à la présence d'une vapeur trop abondante, ou âcre et brûlante, venue du canal rachidien, ou produite par les artères propres de la gaîne du

nerf. Cette théorie, avec les considérations sur le liquide céphalo-rachidien, occupe la plus grande partie de cette monographie célèbre, dont je ferai connaître d'autres détails chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Si je voulais multiplier les citations, je le pourrais sans peine, mais le lecteur n'y trouverait que des répétitions inutiles. Je ne ferai donc que mentionner Barthez (1), qui, sous le nom générique de sciatique, entend trois maladies tout-à-fait différentes : la première est constituée par un abcès purulent dans l'articulation de la hanche ou des parties voisines; la deuxième est de nature goutteuse ou rhumatique, et occupe les muscles ou les articulations (rhumatisme musculaire et articulaire), et enfin, la dernière est la sciatique nerveuse, l'ischias nervosa de Cotugno, la véritable sciatique. Dans les considérations auxquelles se livre ensuite Barthez sur cette dernière espèce, il entremêle des réflexions qui ne peuvent s'appliquer qu'aux autres, en sorte que le rapprochement forcé qu'il a établi entre ces maladies jette beaucoup de confusion dans cette partie de son ouvrage, et lui ôte toute son utilité.

Chaussier (2) n'a également rien ajouté à la description des symptômes de la maladie à laquelle il a donné le nom de *névralgie fémoro-poplitée*. Il distingue la *névralgie plantaire* de la *névralgie fémoro-poplitée*, parce qu'il a observé des douleurs nerveuses bornées au rameau plantaire. Cette distinction ne me paraît pas fondée. Quelle que soit la partie du nerf affectée, ce nerf est toujours le sciatique ou le fémoro-poplité, et l'on ne voit pas pourquoi, si on faisait deux maladies diffé-

(1) *Traité des maladies goutteuses*, Paris, 1802, t. II, chap. V et suiv.
(2) *Table synoptique de la névralgie*, Paris, an XI.

rentes de cette névralgie, suivant qu'elle affecte les nerfs plantaires ou les autres ramifications du grand nerf, on ne devrait pas en faire une troisième qui, d'après Cotugno, devrait porter le nom de névralgie *surale*, parce qu'elle affecte les nerfs de la jambe, et une quatrième à laquelle il faudrait rapporter les cas où la maladie reste fixée à la hanche, comme j'en citerai des exemples, etc., etc. Le travail de Chaussier n'étant guère qu'un travail de nomenclature, on n'est pas surpris d'y trouver fort peu de détails. Cet auteur rapporte à la névralgie sciatique la douleur vive et irrégulière qu'un homme éprouvait au gras de la jambe, pendant plusieurs heures, et qui *se renouvelait par la chute d'un morceau de papier sur cette partie.* Ce fait, emprunté à Lentin, est fort remarquable.

La thèse de M. Rousset (1) sur la sciatique nerveuse contient quelques détails intéressants; on y trouve, entre autres choses, que la plus légère pression du nerf excite de la douleur dans toute l'étendue de son tronc; mais, chose remarquable et qui paraîtra singulière à ceux qui ne se font pas une idée exacte du peu de soin qu'on apporte généralement dans l'observation, cet auteur, qui a fait une remarque si importante, cite sept observations dans lesquelles il n'est question de la pression qu'une seule fois, et d'une manière indirecte, puisqu'il est dit seulement que toute la fesse était douloureuse, et que la malade ne pouvait pas se tenir sur son séant. M. Rousset signale quelques faits d'anatomie pathologique que je ferai connaître quand il en sera temps.

(1) *Dissert. sur la sciatique nerveuse,* Paris, 1804, par P.-J. Roussel, Interne à l'Hôtel-Dieu.

Dans une thèse trop peu connue, soutenue en 1814 (1), M. Tournillac-Béringier, après avoir remarqué que la branche poplitée interne n'est presque jamais affectée de névralgie, note avec soin que *quelquefois* les accès se renouvellent par la moindre cause, la *plus légère pression* par exemple. Il dit, d'après Cirillo, que, dans certains cas, on a trouvé le volume du nerf augmenté d'un tiers, et offrant une ténacité et une force aussi grandes qu'un tendon très fort ; mais, ayant eu occasion de faire une autopsie sur un enfant de *huit ans*, il a trouvé le nerf dans un état tout-à-fait normal.

La thèse de M. Peyrude (2), qui parut en 1817, ne présente rien de remarquable sous le rapport des symptômes, mais on y trouve quelques faits d'anatomie pathologique qui seront cités plus loin.

Joseph Frank (3) a réuni un très grand nombre de citations sur la névralgie sciatique, mais n'a rien ajouté à l'histoire des symptômes. Il a seulement signalé les troubles de la digestion, tels que la perte de l'appétit, la douleur de l'épigastre, les nausées, comme accompagnant les violentes douleurs. On verra plus loin ce qu'il faut penser de cette opinion. L'auteur indique un assez grand nombre de causes excitantes, mais on voit qu'il s'est souvent fondé sur un très petit nombre de faits ; au reste sa théorie est à peu près la même que celle de Cotugno. L'article du *diagnostic* est, sans contredit, le plus intéressant ; il est fait avec soin, et il n'avait pas encore été traité, à beaucoup près, d'une

(1) *Dissert. sur la névr. fémoro-poplitée ou sciatique*, par Tournillac Béringier, thèse. Paris, 1814.

(2) *Dissert. sur la név. fémoro-poplitée.* Thèse, Paris, 1817.

(3) *Prax. med. univ. præcepta. part. secund. vol. tert. De morb. nervorum singulorum*, edit. secund., Taurini, 1822.

manière aussi complète. La rachialgie lombaire, les abcès du psoas, la coxarthrocace, sont tour à tour rapprochés de la névralgie sciatique pour mettre les différences en relief; mais, chose remarquable, Joseph Frank ne parle pas du rhumatisme des muscles de la cuisse et de la jambe. Je reviendrai plus tard sur ces détails.

En 1827, M. Arloing, de Nevers, a dans un mémoire intitulé : *Observations sur l'efficacité de la méthode de Cotugno, dans le traitement des névralgies des membres abdominaux* (1), rapporté quatorze observations de sciatique qui doivent être placées au nombre des meilleures que nous aient laissées les auteurs, et qui ont donné lieu à des réflexions fort intéressantes de la part de ce médecin. Ce travail étant d'une importance assez grande, j'ai dû l'analyser et en présenter les résultats dans les diverses parties de ce chapitre. C'est pourquoi je ne m'y arrête pas davantage ici.

Je ne dois pas passer sous silence le mémoire de M. Martinet, intitulé : *Du traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de térébenthine* (2). Non seulement je n'ai pas oublié de prendre connaissance de ce travail, mais j'ai voulu analyser toutes les observations qu'il contient, afin de rechercher si sur quelques points elles pourraient me fournir des renseignements utiles. On verra malheureusement que je n'ai pas pu en tirer un grand parti sous le rapport de l'étiologie et de la symptomatologie; l'auteur, n'ayant l'intention que de traiter la question thérapeutique, a presque complétement négligé tout le reste.

Tel est le sommaire historique auquel j'ai dû me

(1) *Journal général de médecine.* Paris, 1827, t. 98, p. 293.
(2) Paris, 2ᵉ édit. 1829.

orner. J'ajouterai qu'un grand nombre d'observations ont disséminées dans les journaux de médecine ; j'en ai, omme je l'ai déjà dit, rassemblé les plus importantes ; lusieurs m'auront sans doute échappé, mais elles n'au- aient rien changé aux conclusions qui ressortiront du 'avail suivant, car le nombre que j'ai réuni est suf- sant pour résoudre la plupart des questions.

En résumé, depuis Cotugno, il a été très peu ajouté nos connaissances sur la pathologie de la névralgie scia- que ; presque toutes les recherches ont été faites dans n but purement thérapeutique. On a supposé cette aladie suffisamment connue, et l'on a pensé qu'il ne agissait plus désormais que d'en chercher le meil- ur traitement. J'espère montrer, dans le cours de ce apitre, ce qu'il restait encore à faire à l'observation, qu'en étudiant plus attentivement les symptômes on ouvait, non seulement rendre le diagnostic plus sûr, ais encore découvrir quelques indications thérapeu- ques nouvelles.

Le nombre d'observations que j'ai réunies pour étu- er cette maladie est assez considérable ; j'en ai, en et, analysé cent vingt-cinq, mais, malheureusement, es sont bien loin de renfermer toutes des détails suffi- nts. J'en ai recueilli quinze moi-même ; celles-là sont néralement très complètes, et répondent à toutes les estions qu'on peut s'adresser dans l'étude de la névral- sciatique. J'en dois vingt et une à M. Louis : elles ont été du plus grand secours. Quoique plusieurs entre elles aient été prises il y a bon nombre d'années n 1813 et 14), elles sont recueillies avec un soin qui rend bien supérieures à la plupart de celles qu'on blie même aujourd'hui ; celles que M. Louis a prises

en 1823, 24 et 25 ne m'ont laissé à désirer presque aucun détail. J'ai donc eu à ma disposition trente-six faits qui peuvent être regardés comme complets, et sur lesquels est fondé, en très grande partie, le travail suivant. Des quatre-vingt-neuf observations que j'ai empruntées à d'autres auteurs, soixante et une font partie du mémoire de M. Martinet *sur l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine dans la névralgie sciatique*. M. Arloing, de Nevers, m'a fourni quatorze cas, qui offrent surtout de l'intérêt sous le rapport thérapeutique. Des quatorze observations qui restent deux appartiennent à Descot (1), trois à M. Piorry (2), trois à M. Berland (3); une est extraite de la *Lancette française* (4), et cinq m'ont été communiquées par mon ami le docteur Barth; ces dernières n'étaient pas destinées à être publiées. Quoique ces observations manquent généralement de détails, le diagnostic y est suffisamment établi, et elles m'ont été de quelque utilité. J'ai trouvé dans les recueils scientifiques un grand nombre d'autres faits, mais si incomplets, si insuffisants, que je n'ai pu les admettre.

C'est avec ces éléments que j'ai entrepris l'histoire de la névralgie sciatique. L'on doit donc s'attendre à avoir des résultats fondés sur des nombres de faits variés, car pour la solution de chaque question j'ai invoqué tous ceux qui pouvaient me fournir des renseignements utiles, et bien souvent j'en ai vu le nombre réduit aux trente-six qui ont été recueillis par M. Louis et par moi, tandis que dans quelques circonstances j'ai pu me servir d'une

(1) *Dissertation sur les affections locales des nerfs*. Paris, 1825, in-8°.
(2) *Gazette médicale*, 1833.
(3) *Id.*, 1835.
(4) *Id.*, février 1830.

lus ou moins grande partie des quatre-vingt-neuf autres bservations.

ART. II. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Le grand nerf sciatique, dont le tronc s'étend depuis intérieur du bassin jusqu'au creux du jarret, et dont s divisions se portent jusqu'aux orteils, commence, omme on sait, par un plexus. Ce plexus communique rgement avec le plexus lombaire, par la cinquième aire lombaire et un rameau de la quatrième, en sorte ue nous devons comprendre dans ces considérations, non ulement le plexus sacré, mais la partie inférieure du lexus lombaire et les ramifications qu'elle fournit. Il onvient aussi d'y faire entrer les branches postérieures es nerfs sacrés, à cause de leur origine commune avec s antérieures.

Le premier fait à constater, c'est que les branches ostérieures se portent toutes à la superficie du corps, n sortant par les trous sacrés postérieurs, pour aller se ter dans le faisceau charnu qui recouvre la partie surieure du sacrum, et dans les attaches postérieures du and fessier, qu'elles traversent pour gagner la peau. insi, dans une ligne qui, de la partie inférieure du crum, remonterait vers la crête iliaque, en passant un u en avant de l'épine iliaque postérieure et supérieure, y a une série de ramifications nerveuses dues à panouissement des branches postérieures des nerfs crés.

Quant au nerf sciatique lui-même, il est vrai qu'il est réellement formé qu'au moment de sa sortie du ssin ; mais, pour l'objet qui nous occupe, je le divise

en portion intérieure, ou plexus sacré, et portion extérieure, ou le nerf lui-même. La portion intérieure donne des branches dont les unes restent renfermées dans le bassin : ce sont les branches viscérales et celle de l'obturateur interne ; les autres, sans rester entièrement dans la cavité, n'en sortent que par leurs dernières ramifications, ou vont se perdre dans des muscles : ce sont le nerf honteux interne, le nerf du muscle pyramidal, etc. Les autres, enfin, sont destinées à des parties tout-à-fait extérieures : ce sont le nerf fessier supérieur, fourni par le cordon lombo-sacré, et l'inférieur.

Ces derniers méritent seuls notre attention. Ils sortent du bassin par l'échancrure sciatique, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du muscle pyramidal ; en sorte qu'ils deviennent superficiels au milieu d'une ligne qui se porterait de l'épine iliaque postérieure et supérieure vers le grand trochanter. La distribution de ces deux nerfs n'a pas pour nous un égal intérêt ; ainsi, la branche fessière supérieure se perd bientôt dans les muscles moyen et petit fessier, sans donner aucun rameau remarquable. La branche inférieure, au contraire (petit sciatique), fournit des rameaux très importants : 1° les rameaux *fessiers ascendants* qui vont se porter jusque dans les attaches du muscle grand fessier vers la crête iliaque ; 2° le rameau *crural*, ou branche cutanée, qui, après avoir formé des arcades auprès de la tubérosité sciatique et de l'insertion supérieure des muscles biceps et demi-tendineux, longe la partie postérieure de la cuisse, où il est recouvert seulement par l'aponévrose crurale, et fournit un très grand nombre de filets cutanés qui percent successivement l'aponévrose pour se répandre dans les téguments.

Le tronc du nerf, à sa sortie de l'échancrure sciatique, se trouve placé derrière le muscle carré de la cuisse, et entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion; dans le reste de son trajet, le long de la cuisse, il est recouvert par le biceps et le demi-tendineux, excepté tout-à-fait en bas, dans le jarret, où il se trouve dans l'espace qui existe entre ces deux muscles. Les rameaux qu'il fournit n'offrent rien qui mérite d'être mentionné ici.

A deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du genou, le nerf se divise en deux branches principales d'un intérêt bien différent pour nous. Ce sont : le *nerf sciatique poplité externe* ou *péronier*, et le *nerf sciatique poplité interne* ou *tibial*. Le premier, après avoir fourni quelques rameaux au jarret et à la partie externe de l'articulation, contourne le col du péroné, et se divise, bientôt après, en deux branches principales, qui sont : 1° la branche *musculo-cutanée*; 2° la branche *tibiale antérieure* ou *inter-osseuse*. La première envoie, le long du péroné, des rameaux aux muscles qui s'attachent à la partie externe et antérieure de cet os, ainsi qu'à la peau de la partie externe de la jambe; mais il en est un plus remarquable que les autres, qui se porte sur la malléole externe, et qui s'y anastomose avec un autre filet cutané, émané du nerf *saphène péronier*, né lui-même du nerf sciatique poplité externe avant sa division. Enfin, la branche musculo-cutanée se termine par les rameaux collatéraux des orteils, après avoir donné de nombreux rameaux au dos du pied.

La branche tibiale antérieure ou inter-osseuse est profondément située dans presque toute l'étendue de son trajet.

Reste enfin le *nerf sciatique poplité interne* ou *tibial*, qui ne devient superficiel que sur le côté interne du tendon d'Achille, et derrière la malléole interne où il se divise en *plantaire interne* et *plantaire externe*. La plus remarquable des branches fournies par ce nerf est celle qui a reçu le nom de *saphène externe* ou *saphène tibiale*; c'est lui qui est superficiellement situé sur la cloison fibreuse des muscles jumeaux, et qui va se réfléchir derrière la malléole externe, de la même manière que le nerf tibial se réfléchit sur la malléole interne; c'est également lui qui fournit les nerfs calcaniens externes, et qui donne les deux branches terminales du nerf sciatique destinées à la plante du pied.

En résumé, ce que nous avons trouvé de plus remarquable dans le nerf sciatique, c'est, 1° la série des *branches postérieures* des nerfs sacrés, se jetant dans la peau qui recouvre les attaches postérieures du grand fessier; 2° la sortie des *nerfs fessiers* par la partie supérieure de l'échancrure sciatique; 3° les *branches ascendantes*, qui sont fournies par le fessier supérieur, et qui vont jusqu'à la crête iliaque; 4° le *rameau crural* qui émane du même nerf, et qui donne un grand nombre de filets cutanés en longeant le muscle biceps; 5° le *nerf sciatique poplité externe*, devenant plus superficiel au jarret, plus encore vers la tête du péroné, dont il contourne le col, et fournissant en bas un filet *malléolaire externe*, des *rameaux dorsaux* et les *collatéraux des orteils*; 6° le *saphène externe*, qui devient superficiel à la partie inférieure et moyenne du mollet, se place au côté externe du tendon d'Achille, puis derrière la malléole externe, et donne naissance aux nerfs calcaniens externes; 7° enfin, la *partie inférieure du nerf tibial*,

ui descend le long du côté interne du tendon d'Achille, passe derrière la malléole interne, et finit par se diviser n deux branches, destinées à la plante du pied.

Il faut ajouter que toutes ces branches communiquent équemment entre elles, et que par conséquent toutes es divisions ne sont pas aussi complètes qu'il le paraîait d'après la description précédente; on doit donc attendre à trouver plus de difficulté dans l'explication natomique du siége des points douloureux, que pour 'autres névralgies siégeant dans des nerfs, dont les diisions sont plus régulières et plus distinctes : les nerfs ntercostaux par exemple.

RT. III. — Description générale, ou tableau de la maladie.

Fréquence; causes. — La névralgie sciatique est une es plus fréquentes; avant les dernières recherches sur névralgie dorso-intercostale, on la regardait même omme bien plus fréquente que toutes les autres; mais ujourd'hui l'on ne saurait douter que sous ce rapport névralgie dorso-intercostale ne soit au premier rang.

La science possède bien peu d'exemples de névralgie iatique développée dans l'enfance; le plus remarquable ue je connaisse est celui qu'a cité Cotugno; l'enfant ui fait le sujet de l'observation n'avait que onze ans. Le ombre des cas s'est réparti d'une manière à peu près gale dans les périodes de dix ans renfermées entre ngt et soixante ans. La sciatique s'est montrée plus uvent chez les hommes que chez les femmes; de vingt trente ans, le nombre était égal. Il n'est aucune conitution qui ait paru plus sujette à cette maladie qu'une

autre; le tempérament nerveux a été noté plusieurs fois; mais on ne saurait en déterminer la proportion exacte. Chez un certain nombre de femmes, il a paru y avoir une liaison réelle entre les désordres de la menstruation et la production de la névralgie sciatique. Des diverses conditions hygiéniques auxquelles les malades étaient exposés, il n'est que l'habitation dans un lieu sombre, humide et mal aéré, qui puisse être regardée comme une cause plus ou moins éloignée de sciatique. L'étude des faits, sous le rapport des divers *excès*, des professions, de la nourriture des malades, de l'hérédité, ne jette aucune lumière sur l'étiologie. Plusieurs sujets affectés de maladies de la moelle ont présenté, à plusieurs reprises, cette affection, ainsi que d'autres névralgies. Dans aucun cas la sciatique n'a paru être la suite d'une métastase, et l'on n'a rien noté qui pût faire croire qu'elle était de nature syphilitique. C'est dans les mois les plus froids de l'année que se développe le plus fréquemment cette névralgie. Dans un nombre de cas assez considérable, quoiqu'en minorité, l'action du froid a été la seule cause occasionnelle appréciable. Bien rarement on a pu la trouver dans une violence extérieure.

Siége. — La maladie a siégé un peu plus souvent à gauche qu'à droite, mais la différence a été très peu considérable. La névralgie sciatique était double chez un certain nombre de sujets (14), contrairement à l'assertion de J. Frank, qui nie positivement l'existence de cette maladie des deux côtés à la fois. Ordinairement, les douleurs se faisaient sentir dans plusieurs points de l'étendue du nerf, ou même dans tout son trajet, quoiqu'à un plus haut degré dans certains endroits qui seront désignés plus bas. Chez quelques sujets, le siége

e la névralgie était borné à la hanche et à la cuisse. hez d'autres, au contraire, la douleur n'occupait que jambe et le pied, et chez un très petit nombre, elle e dépassait pas la hanche et la fesse. C'est à ces né-ralgies bornées à une partie du nerf sciatique, qu'on donné le nom de sciatiques crurale et jambière (Co-igno), de névralgies péronière, plantaire (Chaussier); ais cette seule différence de lieu, quand il s'agit des ifférents points d'un même organe, est trop peu im-ortante pour mériter à la maladie des noms parti-uliers.

Symptômes. — La douleur, ce symptôme presque nique de la maladie, n'occupait pas avec la même tensité toute l'étendue du nerf, et souvent même, ne faisait sentir que dans des points isolés. Ces points oulour eux étaient les suivants : 1° le point *lombaire*, ui existait rarement; 2° les quatre points de la hanche de la fesse, c'est-à-dire, le *sacro-iliaque* ou *posté-eur*, siégeant un peu au-devant de l'épine iliaque pos-rieure et supérieure; l'*iliaque* ou *supérieur*, vers le ilieu de la crête de l'os des iles; le *fessier* ou *moyen*, sommet de l'échancrure sciatique; et le *trochantérien* *inférieur*; 3° les trois points *fémoraux*, plus rarement stincts que les autres, et qu'on peut désigner par les oms de *fémoral supérieur*, *fémoral moyen* et *fémoral férieur*; 4° les trois points voisins du genou, ou le *oplité*, le *rotulien* et le *péronéo-tibial*; 5° enfin, les oints douloureux de la jambe et du pied, dont les prin-ipaux sont : le *péronier*, le *malléolaire* et le *dorsal du ied.* Ces points douloureux n'existaient pas tous dans us les cas, mais on en trouvait ordinairement un as-z grand nombre, et le malade lui-même les dési-

gnait avec précision lorsqu'on l'interrogeait avec soin.

Formes de la douleur.—Ces divers points étaient des *centres*, des *foyers de douleur*, où se manifestaient au plus haut degré tous les signes de la névralgie. Les douleurs qui s'y faisaient sentir étaient, comme dans les autres névralgies, de deux espèces. Dans la première, se rangent les *douleurs provoquées*, parmi lesquelles je mentionnerai d'abord la *douleur à la pression*, qui, contrairement à l'opinion reçue, est constante. On la trouvait dans des points très limités, au-delà desquels elle cessait très brusquement. Elle ressemblait à la douleur causée par une contusion, et était quelquefois telle, qu'on pouvait à peine toucher la peau. Dans quelques cas, la pression, outre cette douleur, occasionnait des élancements qui s'irradiaient plus ou moins loin. Dans les intervalles des points douloureux, la pression était douloureuse, mais généralement à un moindre degré. Les *mouvements*, et surtout la *marche*, déterminaient une douleur semblable et dans les mêmes points ; c'est surtout lorsque le pied posait par terre et que la jambe soutenait le poids du corps, que cette douleur acquérait son plus haut degré de violence. Les grandes *inspirations*, la *toux*, le *décubitus* sur le côté malade, produisaient des effets semblables, mais beaucoup plus rarement, et à un degré beaucoup moindre.

Les *douleurs spontanées* consistaient en une sensation pénible, sourde, contusive et continue, occupant principalement les foyers de douleur; en *élancements* qui, plus ou moins fréquemment, partaient de ces points pour aller retentir dans une étendue variable du trajet du nerf; en *sensations diverses* dont les principales étaient un sentiment de froid, une chaleur brûlante,

a sensation d'un liquide froid, chaud, ou acide coulant le long du nerf; enfin, en *crampes* et *secousses* plus ou moins violentes.

Complications. — Il y avait souvent des *complications* de douleurs de nature névralgique dans la tête, la poitrine et l'abdomen; le rhumatisme musculaire formait aussi une complication assez fréquente.

L'*amaigrissement* du membre n'a eu lieu que dans quelques cas très graves; la *semi-paralysie*, sur laquelle Cotugno a tant insisté, s'est montrée plus rarement encore, et seulement dans des cas où la névralgie était très ancienne.

État des divers organes. — Il n'y eut du côté des *voies respiratoires*, rien qui parût avoir le moindre rapport avec la maladie principale. Des troubles plus ou moins marqués des *voies digestives* se manifestèrent dans un grand nombre de cas; mais on en trouvait la cause dans l'action des médicaments employés, et non dans l'intensité de la névralgie sciatique. Toutes les fois qu'un léger *mouvement fébrile* fut constaté, on en trouva également la cause dans des circonstances étrangères à la maladie; il en fut de même pour les troubles de la sécrétion et de l'excrétion des urines. Les femmes qui eurent leurs règles pendant qu'elles étaient soumises à l'observation perdirent moins de sang qu'à l'ordinaire.

Marche de la maladie. — Très rarement le début de la maladie fut subit; la douleur se manifesta, dans les cas où il en fut ainsi, pendant un mouvement brusque, et acquit sur-le-champ son plus haut degré d'intensité. Plus fréquemment l'invasion était rapide, quoique graduelle; les symptômes s'élevaient en peu de jours à leur plus haut degré de violence. Mais ordinairement

ce n'est que peu à peu que la maladie se développait. Lorsqu'elle avait acquis son entier développement, on notait des exacerbations et des rémissions très variables; les premières correspondaient le plus souvent à l'abaissement de la température. La disparition de la maladie ne fut jamais brusque. On a observé très rarement des symptômes qui aient pu faire croire à l'existence d'une fièvre larvée, et dans ce cas, le sulfate de quinine a été sans effet. Chez quelques sujets, la névralgie sciatique paraissait et disparaissait fréquemment, à des intervalles variables, surtout dans les temps froids. Ces malades étaient presque tous sujets à plusieurs névralgies. La durée de la maladie était des plus variables, et l'on chercherait en vain à la déterminer; sa terminaison n'a jamais été fâcheuse; mais quelques cas se sont montrés extrêmement rebelles. Les récidives ont été fréquentes.

Lésions anatomiques. — Les lésions anatomiques trouvées par quelques auteurs sont le résultat de simples coïncidences; dans la plupart des observations présentées par eux, et surtout dans celles de Cotugno et de Cirillo qu'on a tant citées, il s'est glissé de véritables erreurs. J'ai mentionné un cas dans lequel les douleurs névralgiques étaient évidemment dues à la présence d'une tumeur comprimant le nerf. Toutes les théories émises sur la nature de la maladie tombent devant les faits.

Diagnostic. — Le gonflement, la douleur, la rougeur des articulations, et le défaut d'élancements suivant le trajet des nerfs, font aisément distinguer le rhumatisme articulaire, de la névralgie fémoro-poplitée, même en l'absence de tout mouvement fébrile. La *coxalgie* ne sera pas confondue avec la névralgie sciatique, si l'on se rappelle qu'elle donne lieu à une douleur bornée à l'ar-

iculation, et venant seulement retentir dans le genou ; jue dans ce dernier point la pression n'est pas doulou-euse ; que les mouvements du membre déterminent une louleur profonde dans l'articulation. A une époque avan-ée de la maladie, les différences deviennent plus tran-hées, car dans la coxalgie il y a une fièvre continue, vec tous les désordres qu'elle amène à sa suite, des chan-ements dans la longueur du membre, quelquefois des bcès, etc., ce qui n'a jamais lieu dans la sciatique.

Le diagnostic du *rhumatisme musculaire* et de la évralgie fémoro-poplitée peut présenter quelques diffi-ultés dans des cas rares, mais l'étendue plus grande des ouleurs dans la première maladie, l'envahissement de lusieurs muscles, la douleur plus grande dans les mou-ements que dans toute autre circonstance, la feront istinguer d'une affection dans laquelle, suivant l'expres-ion de Cotugno, le malade indique presque toujours e trajet du nerf aussi bien que le meilleur anatomiste, t où, dans tous les cas, la douleur est beaucoup plus li-nitée, principalement en largeur. L'existence de points ouloureux isolés appartient d'ailleurs en propre à la évralgie.

Dans la *paraplégie*, les deux membres inférieurs sont nvahis plus par la paralysie que par la douleur ; le ontraire a lieu dans la sciatique. Dans les cas où ces eux affections existent simultanément, elles conservent eurs caractères particuliers.

Lorsque la névrite sciatique s'accompagne de gonfle-nent dans le trajet du nerf, de fièvre, de douleurs con-nues très violentes, le diagnostic est facile.

La plus grande étendue de la douleur en largeur et absence de la douleur à la pression empêcheront de

confondre l'arthralgie saturnine avec la névralgie fémoro-poplitée.

Pronostic. — La maladie devient très rebelle quand on la laisse s'invétérer. Le *pronostic* est favorable dans les cas de névralgie récente, lorsque le traitement est convenablement dirigé.

Traitement. — L'application du vésicatoire suivant la méthode de Cotugno compte de nombreux succès. Plusieurs praticiens pensent qu'il faut l'entretenir longtemps, c'est un tort. Les douleurs qu'il détermine devenaient souvent insupportables quand on irritait sa surface, et faisaient échouer le traitement. Les vésicatoires volants disséminés sur les principaux points douloureux ont produit les meilleurs effets. La cautérisation transcurrente avec le fer rouge a généralement réussi. L'huile essentielle de térébenthine a eu des succès dans plus de la moitié des cas cités par M. Martinet, mais elle a occasionné des accidents qui doivent rendre réservé dans son emploi. Le moxa, les ventouses scarifiées, les sangsues, n'ont presque jamais produit de bons effets. Les frictions sèches ou médicamenteuses, les bains d'eau ou de vapeur, les narcotiques, n'ont jamais guéri la névralgie sciatique, mais on peut les employer comme adjuvants.

Éviter les refroidissements prolongés, se couvrir de vêtements de laine, ne pas s'exposer aux courants d'air même pendant l'été, telles sont les seules précautions prophylactiques réellement indiquées par les faits.

Art. IV. — Symptômes.

Section Ire. Douleurs dans le nerf sciatique et ses divisions.

§ Ier. Siége.

Si nous cherchons d'abord quel a été le côté le plus

ouvent affecté, nous ne trouvons que 103 cas qui uissent répondre à cette question, les autres, emprun-és aux différents auteurs que j'ai cités, ne donnant au-un renseignement sur ce point. Dans ces 103 cas, la évralgie siégeait :

A gauche	46 fois.
A droite.	43
Des deux côtés. . . .	14
Total. .	103

La prédominance du côté gauche est, comme on le oit, très faible. Mais il reste à examiner : 1° si la névral-ie a été plus violente et plus rebelle à gauche qu'à lroite ; 2° si, lorsqu'elle existait des deux côtés, elle avait ne intensité plus grande dans l'un que dans l'autre. oici, à ce sujet, ce que disent les faits.

Dans 91 cas dans lesquels les symptômes sont suffi-amment détaillés pour qu'on puisse apprécier convena-lement l'intensité de la névralgie, on trouve ce qui uit :

1° Douleur très vive. .	A droite. . .	19 fois.
	A gauche. . .	20
2° Douleur assez intense.	A droite. . .	21
	A gauche. . .	22
3° Douleur faible . . .	A droite . .	4
	A gauche. . .	3

Nous n'avons encore là qu'un résultat fondé sur une ifférence sans valeur. Quant aux névralgies doubles, elles 'eurent d'intensité un peu notable que chez trois su-ts ; et deux fois le côté gauche présentait des douleurs rès vives, tandis qu'il n'y en avait que de légères à roite. Chez le troisième sujet, le contraire avait lieu. Dans les autres cas, la névralgie était légère, et à très

peu près égale des deux côtés. Je le répète, la différence est trop insignifiante pour qu'on puisse en conclure que la névralgie sciatique affecte plutôt le côté gauche que le côté droit; il serait plutôt permis de penser qu'elle n'a aucune prédilection pour l'un ou l'autre côté.

§ II. Divers points douloureux dans le trajet du nerf.

Pour mettre plus d'ordre dans ces recherches, je diviserai le membre inférieur en cinq parties, qui sont : 1° la hanche ; 2° la cuisse ; 3° le genou jusqu'à la tête du péroné; 4° la jambe; 5° le pied. Mais avant de passer à l'étude de ces régions, je dirai un mot de quelques douleurs qui se sont quelquefois montrées dans les *lombes*. Des 125 observations que j'ai réunies, 36 seulement peuvent me servir dans cette étude, ce sont celles de M. Louis et les miennes. Les autres, en effet, ne contiennent pas les détails nécessaires pour répondre aux questions dont il s'agit en ce moment.

1° Les *lombes* furent douloureuses chez dix de ces trente-six malades; quatre d'entre eux éprouvèrent de la douleur dès le début de la maladie; mais tandis que deux conservèrent ce point douloureux jusqu'à la guérison, les deux autres en furent débarrassés au bout d'un certain temps, alors même que la douleur restait vive dans le membre inférieur.

Cette douleur lombaire existait des deux côtés, excepté chez un sujet. Dans trois cas, elle s'élançait fréquemment vers les points douloureux de la hanche, et chez un sujet elle était notablement plus forte du côté occupé par la sciatique que de l'autre. Dans les autres cas, elle était bornée aux masses musculaires, et

vait les caractères qui seront assignés plus loin au lum-
ago.

2° *Hanche et fesse.* — L'absence complète de tout
oint douloureux dans cette région n'a été notée qu'une
ule fois. Mais il y a eu une très grande variété sur le
ombre des points occupés qui étaient au nombre de
uatre, et que je vais étudier successivement.

a. Un *point douloureux* existait vers l'*épine iliaque
ostérieure et supérieure*, dans tous les cas moins un;
n sorte que ce point doit être regardé comme presque
onstant. Dans vingt-quatre cas, il apparut au com-
nencement de la maladie; et dans dix neuf il persista
usqu'à la fin. Son étendue variait en hauteur, de 1 à 8
entimètres; mais en largeur, elle était beaucoup moin-
re, et n'avait guère qu'un centimètre, de manière qu'elle
ccupait une ligne partant de l'extrémité supérieure du
occyx, et s'élevant plus ou moins sur le bord du sacrum.

Je n'ai pas besoin de dire que l'existence de ce point
oulouréux n'avait pas encore été signalée d'une manière
ussi précise; tous ceux qui ont quelques notions des
ombreux travaux dont la sciatique a été l'objet en se-
ont aisément convaincus. Quant à son importance
omme symptôme, elle ne saurait être mise en doute;
fréquence de cette douleur dans un point si limité
arle assez d'elle-même, et s'il en fallait une autre
reuve, j'ajouterais que chez un sujet la douleur con-
use et permanente, les élancements et tous les autres
mptômes névralgiques ont été bornés à ce point,
n sorte que la maladie a pu être, et a été, en effet,
rise pour une coxalgie. Chez un autre, les choses se
assèrent de même au début, et ce ne fut qu'assez
rd que les douleurs s'irradièrent dans d'autres par-

ties de la fesse. Ce dernier fait trouve naturellement sa place ici.

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Névralgie sciatique bornée à la hanche ; début subit ; guérison lente.

Avet, journalier, âgé de 35 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 27 novembre 1838. Il jouit habituellement d'une bonne santé, et n'a jamais eu de maladie qui l'ait forcé à garder le lit. De 20 à 27 ans il a été militaire. Sa nourriture a toujours été bonne et suffisante ; il ne fait d'excès d'aucune espèce. Jamais il ne s'est aperçu que les logements qu'il a eus fussent humides.

Il y a trois jours, pendant son dîner, il se leva de table, et sentit à l'instant même une douleur assez vive dans la hanche gauche ; il se rassit et continua son repas sans souffrir. Dans le mouvement qu'il fit en quittant la table, la douleur reparut. Il eut beaucoup de peine à monter l'escalier pour rentrer chez lui ; il se coucha très souffrant et ne dormit pas de toute la nuit, à cause des douleurs que les mouvements rendaient beaucoup plus vives. Le lendemain, il ne put se lever, la douleur persista, et l'appétit se perdit.

État actuel. — Le 28 *novembre.* — Taille élevée, teint coloré ; cheveux châtains, abondants ; yeux bleus ; embonpoint médiocre ; muscles fermes, assez développés.

Au repos et couché sur le côté droit, le malade n'éprouve aucune espèce de douleur ; sur le côté gauche, il ressent une douleur contusive, non accompagnée d'élancements ; la pression est très douloureuse à gauche, derrière le grand trochanter, vers son sommet, dans un point de 3 à 4 centimètres de diamètre environ ; elle l'est surtout au-devant de l'articulation sacro-sciatique dans une hauteur de $0^{m},4$, et une largeur de $0^{m},03$, suivant une ligne qui irait de l'articulation vers le grand trochanter. La hanche gauche n'est pas défor-

née ; les mouvements des membres provoquent les douleurs. Cette nuit, elles étaient très vives, et ont empêché le sommeil.

Appétit revenu ; pas de selles depuis quelques jours. Poitrine sonore dans tous ses points; respiration pure, vésiculaire. (*Sureau; 1 pil. d'ext. gom. d'op. de* 0,05 ; *catapl.* ; 1/2.)

30 *novembre.* — L'état du malade est le même sous tous les rapports. (*Six vent. scar. sur la hanche; un bain; reste idem.*)

1er *décembre.* — Le malade dit souffrir beaucoup moins; la douleur occasionnée par les mouvements ou la toux est sensiblement diminuée; elle est nulle dans la position assise et dans l'immobilité. La pression est toujours douloureuse dans un point circonscrit situé au-devant de l'articulation sacro-iliaque.

Pas de selles depuis l'entrée ; appétit conservé. — Pouls à 60, souple, régulier. (*Sureau ; 2 pil. de poudre de Dower*, de 0,20 *gr.* ; *bain ; la demie.*)

Du 2 *au* 7. — L'amélioration s'est soutenue ; la douleur à la pression a diminué graduellement, et les mouvements ainsi que la toux n'occasionnent qu'une très légère douleur. Dans la soirée du 4, des élancements fréquents et assez intenses se sont manifestés pendant une heure environ; néanmoins ils ont permis au malade de dormir, et au réveil ils ne se sont pas reproduits. Le décubitus sur le côté gauche, bien qu'un peu douloureux, a pu être gardé quelque temps ; le malade peut rester près de trois quarts d'heure dans la position assise, sans en être fatigué ; la marche est impossible. (*Le* 2, *les ventouses ont été appliquées de nouveau; le* 4, *on a placé un vésicatoire derrière le grand trochanter.*)

Du 8 *au* 11. — Pas de changement notable dans l'état des douleurs. Quand le malade est debout et qu'il appuie le pied gauche, il est obligé de le relever immédiatement et éprouve une douleur très vive vers la tubérosité sciatique ; s'il essaie, en s'appuyant sur une chaise, de faire quelques pas,

il ressent pendant cet exercice une douleur qui, partant de l'épine iliaque antérieure et inférieure, va gagner l'articulation sacro-iliaque en passant par le grand trochanter, et par moments, se porte jusqu'au genou.

Du 12 *au* 15. — Une pression forte exercée sur tous les points de la fesse ne provoque pas de douleur ; la toux en détermine une très légère dans un point très circonscrit, situé au-devant de la tubérosité sciatique. Le malade marche sans béquille, lève et appuie la jambe sans presque souffrir ; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin occasionnent un peu de douleur dans le trajet du nerf crural. Les élancements n'ont pas reparu. Toutes les fonctions s'exécutent bien. (*Le* 12, *douches de vapeur sur la cuisse gauche ; les jours suivants, un bain de vapeur. Le reste, idem.*)

16 *décembre.* — Après être resté quelque temps levé, le malade s'est refroidi ; remis au lit, il a eu beaucoup de peine à se réchauffer, et trois heures après la jambe gauche était encore froide. Bientôt se manifestèrent des élancements occupant la hanche et le grand trochanter ; ils durèrent environ trois quarts d'heure. Ces accidents dissipés, la nuit fut bonne, et le sommeil ne fut pas interrompu par les douleurs. (*Reste idem.*)

Du 17 *au* 28. — Ni douleurs spontanées, ni élancements, ni douleur à la pression. La marche cause à peine de la douleur, à moins qu'elle ne soit prolongée jusqu'à la fatigue ; pas de claudication. Par erreur, le malade but un collyre avec du sulfate de zinc qui lui avait été prescrit pour une légère conjonctivite, et éprouva pendant quelques jours des symptômes d'inflammation du tube digestif, tels que soif, coliques, ténesme, selles liquides, purulentes, etc., etc. Ces accidents, combattus avec succès par les lavements laudanisés, le riz gommé et la diète, n'eurent aucune influence appréciable sur la marche de l'affection névralgique. (*A partir du* 17, *les bains sulfureux remplacèrent les bains de vapeur.*)

29 *décembre*. — On applique un *moxa* derrière le grand rochanter, et les jours suivants la maladie n'en paraît pas nodifiée sensiblement. *Les bains sulfureux* sont seuls coninués.

Le 14 *janvier*, le malade n'éprouve qu'une très légère ouleur pendant la marche, et dans les secousses de la toux; ı marche est sûre et facile; il peut très aisément monter un scalier; la douleur à la pression est tout-à-fait nulle. — Il ort guéri le 15.

La douleur, qui débuta chez cet homme d'une maière si subite, eut son siége principal un peu au-devant e l'articulation sacro-iliaque, lieu dans lequel se trouve, comme nous les avons, un des points les plus remaruables de la distribution du nerf fémoro-poplité. Étenue au sommet de l'échancrure sciatique, et à la partie ostérieure du grand trochanter, elle ne dépassa pas ces mites, si ce n'est dans un moment très court, où, penant la marche, quelques élancements se portèrent jusu'au genou. Cette extension de la douleur fut si passaère, que je n'ai pas cru devoir assigner à la névralgie n siége plus considérable que l'espace compris entre le acrum et le grand trochanter. Cependant, cette circonance ne me paraît pas tout-à-fait indigne d'attention, ar elle a servi à mieux caractériser la maladie, puisu'elle a montré que la douleur avait bien pour siége nerf sciatique, dont elle suivait le trajet.

Je ne reviendrai pas sur les principaux symptômes; avaient les caractères les mieux tranchés. Douleur ontinue, élancements, douleur à la pression et penınt la marche, etc., rien n'y manquait; et, d'un autre té, l'absence de tout gonflement de l'articulation et tout mouvement fébrile, ne permettait pas de sup-

poser l'existence d'une inflammation de l'articulation coxo-fémorale.

Je m'abstiens de toute réflexion sur le traitement, parce que j'aurai à l'apprécier plus tard. Je ferai seulement remarquer que dans les premiers temps il y eut quelques troubles digestifs qui disparurent, sans que pourtant la maladie perdît rien de son intensité. Si donc on avait pensé que ces symptômes gastro-intestinaux étaient une indication particulière, on se serait trompé comme dans bon nombre d'autres cas.

b. Un autre point douloureux sur lequel l'attention des observateurs n'a pas été suffisamment fixée, c'est celui que j'ai rencontré au *milieu de la crête iliaque*: huit fois on y trouvait une douleur soit spontanée (six fois), soit provoquée par la pression. Ce point, plus limité que le précédent, existait sur le bord externe de la crête iliaque, et s'étendait un peu au-dessous, sur l'attache supérieure du muscle grand fessier; il avait de 1 à 6 centimètres de large, et de 1 à 3 centimètres de haut.

c. Sur une ligne qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, viendrait se rendre au grand trochanter, on trouvait, dans seize cas, une douleur ayant de 1 à 5 ou 6 centim. de large, et de 2 à 5 ou 6 centim. de haut. Le maximum de cette douleur se faisait toujours sentir à la *partie supérieure de l'échancrure sciatique*, vers le point où le nerf fessier en sort pour se jeter dans les muscles.

d. Enfin, chez vingt-six sujets, un quatrième point douloureux, de 2 à 8 centimètres de haut, sur 2 à 7 ou 8 de large, existait auprès du grand trochanter, et

urtout vers le bord postérieur de cette éminence. Le ableau suivant représentera plus clairement la fréuence de ces points douloureux.

Épine iliaque postérieure et supérieure.	35 fois sur 36.
Milieu de la crête iliaque.	8
Sommet de l'échancrure sciatique. . .	16
Environs du grand trochanter. . . .	26

On voit donc que c'est le premier de ces points qui a e plus d'importance, conclusion qui est confirmée par out ce qui a été dit plus haut, et en particulier par les eux faits où la névralgie était pour ainsi dire concentrée ans ce petit espace.

3° *Cuisse.* — On ne trouvait point, à la cuisse, des oints aussi distincts que dans la hanche et dans la esse. La douleur occupait toute la hauteur de cette égion, excepté dans quatre cas, où elle était bornée à rois points distincts : l'un vers la tubérosité sciatique, 'autre à la partie moyenne de la cuisse, et le troisième un eu en dedans de l'insertion inférieure du muscle biceps. Dans trente cas, cette douleur existait dans toute l'étenue de la cuisse ; toutefois, dans six, elle offrait ceci de emarquable qu'elle était beaucoup plus vive dans les rois points indiqués que partout ailleurs ; ce n'était même qu'en fixant l'attention du malade qu'on lui faiait remarquer la légère douleur qui occupait les intervalles. La hauteur de ces points était de 6 à 9 centimètres. Quant à la largeur, elle était peu considérable, ce qui avait également lieu lorsque la douleur envahissait oute l'étendue du nerf dans cette région. Dans ce dernier cas, elle suivait le bord externe du biceps crural du haut en bas, sans même envahir ce muscle ; elle était presque linéaire.

Quoique dans cette partie du membre les points douloureux n'aient pas paru aussi parfaitement isolés que dans la précédente, il n'en est pas moins fort remarquable que, chez plus du quart des sujets, ces points se soient rencontrés, tantôt sans douleur intermédiaire, tantôt réunis par cette douleur, mais ayant alors une intensité tellement supérieure à celle-ci, qu'eux seuls attiraient l'attention des malades.

On chercherait vainement, dans les, auteurs la moindre considération sur cet isolement si digne de remarque des divers points douloureux.

4° *Genou ; tête du péroné.* — Sur les trente-six cas dont il est question, il en est dix-sept dans lesquels une douleur plus ou moins violente occupait toute l'étendue du genou; mais, bien que cette douleur envahît évidemment le genou tout entier, il y avait toujours un ou plusieurs points dans lesquels elle était beaucoup plus vive et attirait spécialement l'attention des sujets soumis à l'observation ; ces points occupaient constamment la partie externe du jarret et la tête du péroné. Chez neuf autres sujets, des points isolés existaient seuls dans les mêmes endroits, il n'y avait aucun sentiment de douleur dans toutes les autres parties du genou.

Chez les dix sujets qui n'ont point présenté de point douloureux au genou, la névralgie était bornée soit à la partie inférieure, soit à la partie supérieure du membre.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer de nouveau cette délimitation des points douloureux ; j'appellerai seulement l'attention sur la fréquence de la douleur derrière la tête du péroné, et à la partie inférieure et externe du jarret, lieu que Cotugno a désigné comme devant être choisi pour l'application des vésicatoires.

5° *Jambe*.—Dans cette région, la douleur se faisait sentir dans trois endroits principaux : 1° le long du péroné ; 2° dans le mollet ; 3° le long de la crête tibiale. Je vais l'étudier successivement dans ces différents siéges.

a. Dans neuf cas, toute la hauteur du péroné était douloureuse ; mais, dans trois d'entre eux, il existait dans cette étendue, des points circonscrits où la douleur était beaucoup plus vive ; ces points étaient, deux fois, situés à la partie inférieure du péroné, un peu au-dessus de la malléole, et une fois, à la partie moyenne.

Chez six sujets, les mêmes points existaient, mais tout-fait distincts ; une seule fois ils étaient au nombre de trois ; enfin, chez treize autres individus, une douleur siégeant le long du péroné est indiquée sans plus de précision.

Ainsi donc, sur trente-six sujets, vingt-huit présentaient une douleur plus ou moins vive le long du bord postérieur du péroné, et les limites des points douloureux n'étaient pas ordinairement très nettement tracées dans cette région. Quant à l'étendue des points, lorsqu'il en existait de bien distincts, elle était de 2 à 7 ou 8 centimètres de haut, et de 5 millimètres à 1 centimètre de large ; en sorte qu'elle était presque linéaire.

b. Dans quinze cas, on trouvait une douleur bien distincte dans le mollet, à l'endroit où les deux jumeaux sont séparés par leur cloison fibreuse. Elle n'avait, dans un cas, que 2 centimètres de diamètre ; dans tous les autres elle en avait au moins de 5 à 9, rarement elle occupait une plus grande surface.

c. Enfin, chez cinq sujets, la douleur se faisait sentir le long de la crête du tibia, un peu en dehors ; mais, à une exception près, il y avait dans d'autres points de

la jambe, et notamment derrière la tête du péroné, des points beaucoup plus douloureux que celui-là. C'était à la partie inférieure de la jambe que cette douleur existait le plus souvent.

6° *Pied.*— Cette région, dans laquelle je fais entrer les deux malléoles, était vingt-cinq fois sur trente-six envahie par la douleur. Dans huit cas, le pied tout entier était le siége de cette douleur, mais dans sept d'entre eux il y avait un point douloureux très distinct derrière la malléole externe. Chez trois sujets on notait, en outre, un point également distinct, soit sur les orteils, soit au dos du pied, soit à la plante. Ces divers points douloureux avaient de 2 à 8 centimètres de longueur dans le trajet du nerf, et une largeur ordinairement beaucoup moindre. Dans les dix-sept autres cas, les points étaient bien distincts, bien isolés; on en trouvait trois chez deux sujets, un à chaque malléole et un aux orteils; deux chez cinq sujets, et ils siégeaient à la malléole externe et aux orteils; un seul chez dix, six fois à la malléole et quatre fois aux orteils. L'étendue de ces points n'était pas plus considérable que celle des précédents.

Le point douloureux qui avait son siége sur la malléole externe correspond et au nerf saphène péronier, et aux filets malléolaires fournis par d'autres branches; on trouvait très rarement un point semblable vers la malléole interne, quoique la disposition des nerfs y soit sensiblement la même. Je reviendrai sur cette différence remarquable.

Une douleur bien marquée n'a existé que trois fois à la *plante du pied*, et il n'était pas possible d'en découvrir le siége précis. Je trouve cette douleur bien plus fréquemment indiquée dans les observations de M. Mar-

inct ; mais comme les détails manquent, on n'est pas ûr que le fait ait toujours été bien constaté. Souvent, les ialades désignent d'une manière peu précise le trajet et siége de leurs douleurs, et ce n'est que par un examen ttentif qu'on parvient à rectifier leurs erreurs.

§ III. Réflexions générales sur le siége des points douloureux.

Si nous jetons un coup d'œil sur les détails qui prééèdent et si nous cherchons à en tirer des conclusions énérales, nous remarquerons d'abord la multiplicité des oints douloureux, semés, pour ainsi dire, dans le trajet u nerf et dans ses principales ramifications.

Un second fait, digne d'attention, c'est la relation ntre ces points douloureux et les principales divisions u nerf sciatique. A la *hanche*, on en trouvait quatre, j'ai signalé quatre endroits dans lesquels le nerf, ou s rameaux fournis par le plexus dont il est la terminaison, se rapprochent de la peau, ou même vienent s'y jeter. Or, l'identité de ces points est parfaite, l'on peut leur donner les noms de points *sacro-iliaue* ou *postérieur*, *iliaque* ou *supérieur*, *fessier* ou *noyen*, et *trochantérien* ou *inférieur;* c'est sur ces oints que devra se fixer principalement l'attention de observateur, lorsqu'il recherchera le siége de la douleur la hanche et à la fesse.

A la *cuisse*, les points douloureux ne sont plus aussi istincts ; mais aussi nous voyons que la distribution du erf ne présente plus à un aussi haut degré des particurités semblables. Seulement, vers la tubérosité sciatiue, les rameaux fournis par la branche cutanée forment es arcades assez remarquables, et ce point était, dans uelques cas, le siége d'une douleur limitée. Dans d'au-

tres, il y avait trois points auxquels on peut donner les noms de *fémoral supérieur*, *fémoral moyen* et *fémoral inférieur*. Mais, je le répète, ils n'ont qu'une importance secondaire.

Dans la région comprise entre la *partie supérieure du jarret*, et une ligne entourant la jambe *au-dessous de la tête du péroné*, la douleur, lorsqu'elle occupait des points isolés, existait soit dans le côté externe du jarret, soit au bord externe de la rotule, soit derrière la tête du péroné. Ces points, qu'on peut nommer *poplité*, *rotulien* et *péronéo-tibial*, correspondent : le premier, à la naissance du nerf sciatique poplité externe, qui, en devenant plus superficiel, fournit plusieurs branches; le second, à un des rameaux articulaires émané de ce nerf, et le troisième à la disposition si remarquable du nerf lui-même, au moment où il contourne la tête du péroné.

Il est assez difficile d'expliquer pourquoi la douleur existe ensuite plutôt à la partie postérieure du péroné qu'à la partie antérieure; mais celle qu'on trouve derrière la malléole externe et qui est si fréquente, correspond si bien au passage du nerf saphène externe derrière cette éminence osseuse et aux divers rameaux malléolaires, que l'existence presque constante de ce point douloureux n'a rien qui doive surprendre. Il en est de même de la douleur dorsale du pied et des orteils, qui siége évidemment dans les ramifications cutanées si nombreuses dans ces parties. Ainsi donc, nous devons joindre aux points précédemment indiqués, les points *péronier*, *malléolaire* et *dorsal du pied*.

Il est remarquable que les points douloureux aient été si rares dans le trajet du nerf tibial, plus considérable

cependant que le péronier. A peine, dans quelques cas, existe-t-il de la douleur derrière la malléole interne, et nous avons vu que la plante du pied n'était pas aussi fréquemment envahie que la face dorsale. Cette exception paraît surprenante au premier abord, mais l'explication en est facile pour nous. Le nerf tibial est, dans une partie notable de son trajet, enfoncé dans les tissus, et fournit beaucoup moins de rameaux superficiels et cutanés que le péronier. La branche saphène externe émanée de lui, fait seule exception à cette règle; aussi a-t-on vu que la douleur existait fréquemment soit dans le milieu du mollet, soit derrière la malléole où cette branche est superficielle.

§ IV. Douleurs provoquées.

A. *Douleur à la pression.* — Je trouve ici une très grande différence entre mes observations et celles que j'ai empruntées à d'autres auteurs. Dans *tous les cas* que j'ai recueillis, il y a eu une douleur notable à la pression dans un ou plusieurs points du trajet du nerf; chez les vingt et un sujets observés par M. Louis, dix seulement sont notés comme ayant éprouvé une augmentation de la douleur sous la pression de la main. Des soixante cas que j'ai empruntés à M. Martinet, il n'en est que quatre dans lesquels ce symptôme soit indiqué. Il n'en est fait mention dans aucune des observations de M. Arloing. M. Barth a constaté l'existence d'une douleur vive à la pression chez deux des cinq sujets dont il a recueilli l'histoire, et M. Piorry chez une de ses trois malades.

Faut-il en conclure que la constance de ces points douloureux, dans mes observations, est une simple coïncidence, un pur effet du hasard? Je ne le pense pas,

et j'invoquerai encore une fois la différence de l'exploration pour expliquer la différence des résultats. Il est, d'ailleurs, digne de remarque que les observations, à mesure qu'elles sont plus détaillées, font plus souvent mention de cette douleur à la pression. Ainsi, celles de M. Louis, qui sont très riches en détails intéressants, malgré l'époque reculée à laquelle elles ont été recueillies (de 1813 à 1824), signalent ce symptôme dans la moitié des cas. Celles de MM. Barth et Piorry l'indiquent un peu plus rarement, et enfin, celles de M. Martinet qui n'ont été prises que pour montrer les résultats d'un traitement particulier, sont presque toujours muettes sur ce point. Tout porte donc à croire, je le répète, que ces grandes différences tiennent uniquement à la manière d'observer. J'ai une seule fois noté l'absence de toute douleur à la pression chez une jeune femme dont l'histoire n'a pas été recueillie; mais la névralgie ne datait que de vingt-quatre à trente-six heures, et était extrêmement légère. Rien ne prouve que la douleur à la pression ne se fût pas montrée plus tard. Je dois ajouter que dans tous les cas de névralgie sciatique qui ont été soumis à mon examen, et ils ont été nombreux depuis que ce travail est fait, j'ai constaté la présence d'un ou de plusieurs points douloureux à la pression, en sorte que pour la névralgie sciatique comme pour les autres, c'est là un signe caractéristique; et s'il existe des exceptions, elles doivent être excessivement rares.

Les endroits dans lesquels la pression excitait de la douleur n'étaient autres que ceux qui étaient envahis par une douleur spontanée, et que j'ai fait connaître dans la description précédente. Cependant, il ne faut pas croire que là où il existait une douleur spontanée, on fût sûr de

trouver une douleur à la pression, *et vice versâ*. Plusieurs cas faisaient, comme on va le voir, exception à cette règle. J'exposerai les faits que j'ai observés moi-même, parce que je suis certain qu'ils renferment tous les détails nécessaires.

En prenant séparément chacun des points douloureux, je trouve que l'examen et l'interrogatoire ont été faits convenablement quatre-vingt-neuf fois, et ont donné le résultat contenu dans le tableau suivant.

DOULEUR.	NOMBRE DES CAS.
Douleur spontanée et douleur à la pression réunies dans les mêmes points.	61
Douleur à la pression sans douleur spontanée. . .	15
Douleur spontanée sans douleur à la pression. . .	13
Total. . . .	89

Le nombre des cas dans lesquels la pression ne causait aucune douleur sur un point où il existait une souffrance plus ou moins vive, est très borné; et si l'on songe que, dans ces cas, la douleur spontanée était presque toujours très légère, on en conclura que ces exceptions n'ont pas une importance majeure. Et, néanmoins, ce sont sans doute des cas semblables qui ont induit les observateurs en erreur, et qui leur ont fait croire qu'un des caractères des douleurs névralgiques était de ne point augmenter par la pression. C'est, au contraire, à l'aide de la pression qu'on parvenait à constater les limites exactes des points douloureux.

L'intensité de cette douleur était très variable. Dans un bon nombre de cas, il suffisait presque de toucher la peau pour causer une vive souffrance; et dans quelques autres on ne produisait le même effet qu'en appuyant fortement. Mais qu'on ne croie pas que, dans ces derniers, la violence de la pression sur une partie saine fût la seule cause de la douleur, car une pression plus forte, exercée sur le membre du côté opposé et dans le même point, n'avait pas le même résultat. Chez une malade affectée d'une maladie chronique de la moelle, et qui était très sujette à avoir des douleurs sciatiques durant deux ou trois jours, il suffisait de promener légèrement le doigt derrière la malléole externe pour arracher des cris : ce cas peut être rapproché de celui de Lentin cité par Chaussier (*voy.* p. 480); d'autres étaient tellement effrayés des résultats d'une première pression, qu'ils ne voulaient pas se soumettre à une seconde, ou qu'ils faisaient des mouvements pour fuir le doigt qui s'approchait des points malades. Ces résultats surprendront peut-être ceux qui s'en sont rapportés jusqu'à présent aux assertions des auteurs; mais qu'ils explorent convenablement le trajet du nerf, qu'ils fixent leur attention sur les points que j'ai indiqués plus haut, et ils se convaincront de la réalité de ce que j'avance. La manière dont cette exploration doit être faite sera exposée au chapitre *de la névralgie en général.*

B. *Douleur causée par les mouvements*, *le décubitus*, *la toux*, *etc.* — 1° *Mouvement au lit.* — Dans un assez grand nombre de cas, il suffisait d'un mouvement du membre exécuté dans le lit pour réveiller la douleur dans plusieurs points. Chez huit des quinze su-

ets que j'ai observés, ce symptôme avait lieu de la manière suivante. Dans tous ces cas, sans exception, le mouvement causait une souffrance plus ou moins vive dans un des points douloureux de la hanche, ou de la fesse, et principalement vers l'épine iliaque postérieure et supérieure. Le même effet était produit moins fréquemment dans le reste du trajet du nerf : cinq fois au genou ; deux fois à la jambe; trois fois derrière la malléole. Chez les sept autres sujets, les mouvements exécutés dans le lit, même lorsqu'ils étaient fort étendus, ne causaient aucune douleur.

Dans les observations de M. Louis, je trouve noté onze fois le symptôme dont il est question, en sorte qu'en réunissant ces observations aux miennes, on voit que le mouvement simple du membre a été douloureux dans la proportion de dix-neuf sur trente-six, ou dans un peu plus de la moitié des cas. M. Louis n'entre pas dans d'assez grands détails sur les points précis dans lesquels se faisait sentir la douleur; dans sept cas seulement, il désigne positivement la hanche comme en étant le siége; dans tous les autres, il se contente d'indiquer généralement le trajet du nerf. Les quatre-vingt-neuf observations que j'ai empruntées à d'autres auteurs sont généralement muettes sur ce point. Je n'en trouve que seize dans lesquelles il est dit que le mouvement était très douloureux : les autres ne fournissent aucun renseignement.

L'intensité de la douleur variait beaucoup; elle était telle dans quatre cas, que les malades étaient forcés de rester constamment au lit, le membre demi-fléchi. La moindre tentative pour étendre la jambe sur la cuisse, ou celle-ci sur le bassin, occasionnait les plus vives

souffrances; dans d'autres cas, au contraire, les mouvements étaient faciles, quoiqu'ils fissent naître une légère douleur, et il y avait une très grande variété de nuances entre ces deux extrêmes.

Le plus souvent, cette douleur consistait en un sentiment marqué de contusion; dans trois cas seulement, c'étaient des élancements en tout semblables à ceux qui se produisaient d'une manière spontanée, et dont il sera parlé plus tard. Il est bon de remarquer que la douleur occasionnée par de simples mouvements au lit n'existait que dans des cas où la névralgie était assez vive, et lorsqu'elle avait atteint son *summum* d'intensité. En sorte que ce symptôme est utile pour apprécier la violence de la maladie.

2° *Marche.* — Non seulement les sujets qui éprouvaient de la douleur en exécutant des mouvements dans leur lit en ressentaient une beaucoup plus vive pendant la marche, mais encore des sujets qui pouvaient faire de très grands mouvements sans souffrir, étaient arrêtés par la douleur dès qu'ils voulaient faire un pas. Des trente-six sujets dont l'histoire a été recueillie par M. Louis et par moi, vingt-neuf, ou plus des trois quarts, étaient dans ce cas; trois restant toujours au lit, pour cause de paralysie des membres inférieurs, on ne put pas faire l'expérience nécessaire pour s'assurer du fait; chez deux autres, les renseignements manquent sur ce point, en sorte qu'il n'en reste que deux chez lesquels la marche ne déterminait aucune douleur. Les auteurs cités plus haut se sont contentés d'indiquer, dans trente-un cas, que la marche était très douloureuse, difficile, impossible, etc., etc. Leurs autres observations sont muettes à cet égard. C'était au moment où la jambe

soutenait le poids du corps que la douleur se faisait sentir avec le plus de violence, et souvent les malades étaient obligés de rentrer promptement dans leur lit, dès qu'ils avaient mis le pied par terre.

Les points dans lesquels la douleur se produisait étaient ceux que j'ai indiqués plus haut, et à peu près dans la même proportion. Cette douleur était ordinairement de nature contusive, comme celle qu'occasionnaient les mouvements dans le lit, mais elle était infiniment plus forte, et après les douleurs lancinantes, c'était elle dont les malades se plaignaient le plus vivement. Dans sept cas, la marche faisait naître des élancements qui suivaient tout le trajet du nerf; ils marchaient ordinairement de haut en bas; dans un cas, au contraire, ils parcouraient le membre de bas en haut, à partir de la malléole externe. Quelquefois la douleur consistait dans une sensation de déchirement plus ou moins étendue.

Lorsqu'elle existait à un haut degré, elle déterminait une *claudication* marquée, quoique le plus souvent le membre n'eût rien perdu de sa force, et qu'il fût sous tous les rapports dans l'état naturel. Mais, comme je l'ai déjà dit, la jambe ne pouvait supporter le poids du corps, sans qu'aussitôt les souffrances ne devinssent très vives; elle se fléchissait aussitôt, et le malade était obligé d'avancer brusquement la jambe saine sur laquelle il s'appuyait fortement. Cette claudication, comme on le voit, ne ressemble en rien à celle qui est occasionnée par la paralysie des membres inférieurs. Quelquefois, néanmoins, lorsque la maladie avait une grande violence et une longue durée, la claudication n'était pas uniquement due à la douleur. L'habitude de la demi-flexion, la faiblesse du membre, et quelquefois son émaciation,

rendaient alors plus considérable encore cette claudication, qui conservait toutefois les mêmes caractères. Ce sont là les cas de demi-paralysie notés par Cotugno et les auteurs qui sont venus après lui.

Il n'est jamais arrivé que le malade éprouvât du soulagement par l'action même de marcher; mais dans un cas que j'ai observé, la marche, quoique fort douloureuse d'abord, avait pour effet d'amener, par la fatigue, au bout de plusieurs heures, une espèce d'engourdissement qui permettait au sujet de goûter quelques instants de repos.

3° *Douleur causée par les grandes inspirations, la toux, etc.* Dans quelques cas où la névralgie était très violente, il suffisait d'une grande inspiration ou d'un mouvement convulsif du tronc occasionné par la toux, les éclats de rire, un éternument, pour réveiller la douleur et lui donner quelquefois une grande intensité. Je trouve ce symptôme noté dans quatre des observations que j'ai recueillies et dans deux de celles que m'a communiquées M. Louis. Dans trois de ces cas, c'était principalement dans la hanche que se faisait sentir l'exaspération de la douleur; dans deux seulement, elle s'étendait jusqu'au genou, ou même jusqu'au pied. On conçoit facilement combien était pénible la position de ces sujets, dont les moindres mouvements excitaient une douleur souvent très vive.

4° *Douleur dans le décubitus ou la station assise.* — Dans les cas de névralgie violente, le *décubitus* sur le côté malade était très douloureux, ou même absolument impossible. De seize sujets dont l'histoire présente des renseignements sur ce point, dix éprouvaient une douleur des plus vives quand ils se couchaient sur le

ôté affecté; deux ne ressentaient qu'une douleur légère, et
uatre pouvaient se coucher indifféremment à droite et à
auche. Une remarque qu'il faut faire, c'est que tous les
ndividus qui souffraient lorsque le poids du corps re-
osait sur le côté malade, éprouvaient aussi de la dou-
eur sous la pression du doigt, tandis que tous ceux qui
ouffraient sous cette pression n'éprouvaient pas de
ouleur dans le décubitus, en sorte que chez ces der-
niers une pression large comme celle qui résultait du
ontact du membre sur le lit n'avait aucun effet, tan-
is qu'une pression étroite exercée avec le bout du doigt
xaspérait la douleur.

Dans quatre cas seulement, la station assise faisait
aître une sensation douloureuse; dans un d'eux même,
malade ne pouvait rester quelques instants assis,
u'en ayant soin de ne pas s'appuyer sur le côté
nalade.

Tout ce qui précède prouve évidemment que la pres-
on est beaucoup plus efficace qu'on ne le pensait pour
aspérer les douleurs de la névralgie; car en supposant
ne les contractions des muscles y contribuent pour une
onne part, il n'en est pas moins certain que la pression
casionnée par le poids du corps sur le lit joue le plus
and rôle dans la production de ce phénomène. Or,
une pression aussi douce et aussi large peut cau-
r des exacerbations, il est peu surprenant qu'une
ession plus étroite et plus forte les détermine beaucoup
us fréquemment, et l'on conçoit moins que jamais
n'on ait pu regarder comme un caractère de la douleur
évralgique, de diminuer ou du moins de ne pas aug-
enter sous la pression.

5° Le *séjour au lit*, indépendamment du décubitus,

suffisait-il pour exaspérer les douleurs? Cette question n'a pas encore été résolue d'une manière satisfaisante ; elle est cependant importante puisque c'est le caractère de certaines douleurs de s'exaspérer la nuit et par le séjour au lit. D'après les faits que je possède, l'accroissement des douleurs, paraissant causé par le simple séjour au lit, n'a lieu que rarement; en réunissant toutes les observations, je ne trouve que quinze cas dans lesquels il a été positivement noté, et encore, dans deux de ces cas, il y avait beaucoup de variations, le phénomène n'ayant pas lieu tous les jours.

La nuit, l'exaspération était un peu plus fréquente. Il n'arriva qu'une seule fois, au plus fort de la maladie, qu'il y eût *constamment* une augmentation notable des douleurs la nuit. Neuf fois sur les trente-cinq autres cas, cette exacerbation eut lieu très fréquemment; dix fois elle se manifesta assez souvent, et chez dix-sept sujets, les douleurs étaient à peu près aussi fortes le jour que la nuit. En somme, ces douleurs avaient de la tendance à augmenter pendant les heures de la nuit, et souvent elles interrompaient le sommeil.

§ V. Douleurs spontanées.

1° *Douleur contusive et continue.* — Une douleur sourde, contusive, très incommode, existait dans les divers points douloureux précédemment indiqués. Elle variait beaucoup d'intensité, mais elle ne cessait jamais complétement. Elle était, en général, en rapport avec la violence des élancements.

2° *Élancements, picotements, etc.* — A la douleur contusive et continue, se joignaient ces élancements déjà décrits dans les autres névralgies, et que plusieurs ma-

ades désignent sous le nom de piqûre, picotements, tiaillements douloureux. Je vais d'abord exposer ce que es observations détaillées, recueillies par M. Louis et var moi, nous apprennent à ce sujet; j'indiquerai enuite d'une manière générale ce qu'on trouve dans les aures auteurs.

Des élancements eurent lieu dans tous les cas que j'ai bservés, mais non à toutes les époques de la maladie. 'est ainsi qu'au début ils ne se firent sentir que dans uatre cas; la maladie était alors caractérisée par la doueur contusive, augmentant par les mouvements ou la ression. Dans le milieu du cours de l'affection, il y eut es douleurs lancinantes chez tous les malades, moins n qui en avait eu au début, mais chez lequel elles disarurent après une courte durée, pour ne plus se moner. Vers les derniers jours de la maladie, et lorsque éjà le peu de violence de la douleur contusive et la failité avec laquelle la pression était supportée, annonaient une guérison prochaine, il restait encore quelques ancements chez huit sujets sur quinze, ou chez un peu lus de la moitié. Mais, dans tous les cas, ils étaient evenus sensiblement plus rares et moins violents.

Puisque la maladie se trouvait bien caractérisée à des poques différentes, malgré l'absence des élancements, est évident déjà que ce symptôme, bien que très imortant, n'est pas pathognomonique de la névralgie iatique; mais, s'il restait quelque doute à ce sujet, examen des observations recueillies par M. Louis le verait bientôt. Trois de ses vingt et un malades n'eunt, en effet, aucun élancement à aucune époque de la aladie. Un d'eux éprouva, il est vrai, une sensation e froid parcourant le membre; mais ce phénomène ne

saurait être regardé comme remplaçant les élancements, car il peut exister concurremment avec eux.

Maintenant, si nous voulons savoir à quelle époque de la maladie les élancements ont apparu chez ces derniers sujets, nous éprouverons beaucoup de difficulté, car ce symptôme n'a point toujours été recherché dès le début. Tout ce qu'il est possible de dire, c'est que dans le premier tiers de la maladie onze sujets sont marqués comme ayant éprouvé des élancements, tandis que dans le deuxième tiers on en compte treize, et qu'il n'en reste plus que cinq dans le troisième. Quoique le manque de détails suffisants ne permette pas d'établir des proportions rigoureuses, ces faits viennent à l'appui de ceux que j'ai recueillis.

Cotugno avait déjà fait les mêmes remarques, et il a exprimé son opinion en termes bien formels. On peut voir au chapitre *Névralgie en général*, à la fin de cet ouvrage, quelle valeur il accorde à ces *éclairs de douleur* dont on a tant parlé.

Le point de départ des élancements n'était pas toujours le même; mais on peut dire d'une manière positive qu'il avait toujours lieu dans un des points douloureux indiqués plus haut, et jamais dans les intervalles; en sorte que ces points étaient, comme dans les névralgies précédentes, des centres, des foyers de douleur, où celle-ci, tantôt restait concentrée, et tantôt s'*élançait* pour se porter plus ou moins loin. On pense généralement que dans la sciatique les élancements parcourent le trajet du nerf en se portant de la hanche au pied. Si l'on interroge superficiellement les malades, on en obtient presque toujours une réponse propre à fortifier cette opinion; car, pour indiquer le trajet de la douleur, ils commencent

oujours par en-haut ; mais, en précisant les questions n voit qu'il n'en est pas à beaucoup près toujours ainsi.)n peut voir dans le tableau suivant, fondé sur les trente-x cas observés par M. Louis et par moi, quelles étaient s directions des élancements.

ÉLANCEMENTS.	NOMBRE DES CAS.
:lancements marchant de haut en bas, ou névralgie descendante.	16
lancements fixes et disséminés.	11
antôt ascendants, tantôt descendants	3
scendants et descendants	2
ombre des sujets qui ont eu des élancements. . .	32
— de ceux qui n'en ont jamais eu.	3
— pas de renseignements.	1
Total. . . .	36

Ce tableau n'a pas besoin de commentaire.

Dans le relevé des observations faites par les autres teurs, les élancements n'ont été notés que trente-six fois r quatre-vingt-neuf; mais la faiblesse de cette pro-rtion est due à l'insuffisance des renseignements. ıant à la direction de ces élancements, elle n'est int notée ; dans quelques cas seulement, plusieurs ints séparés sont indiqués comme en étant le siége, et

tout porte à croire que la douleur lancinante était disséminée. Chez deux sujets, les élancements manquèrent complétement, c'est ce qui est formellement exprimé dans les observations.

Dans ces derniers temps, on a appelé l'attention sur les élancements qui, de l'extrémité du nerf, se portent vers le tronc, et l'on a donné le nom de névralgie *ascendante* à celle qui les présente, par opposition à celle dont les douleurs lancinantes suivent le nerf, de sa racine vers les ramifications. Cette remarque n'a rien de nouveau, car Cotugno a signalé le fait d'une manière non équivoque en disant : « Sive in coxa dolor incipit, et ad pedem desinit, sive a pede natus *ascendit* ad coxam. »

La fréquence et la violence de ces douleurs étaient en rapport avec la violence de la maladie elle-même. Les élancements étaient souvent si rapprochés, qu'ils revenaient plusieurs fois par minute, et si violents, qu'ils privaient le malade de tout repos, le forçant à changer à chaque instant de position, ou à quitter et à reprendre le lit, dans l'espoir de se soulager. Dans aucun cas, ils ne se reproduisaient toute la journée et toute la nuit avec la même violence; il y avait toujours des rémissions plus ou moins marquées, et de plus ou moins grande durée, mais jamais d'intermittence complète. Chez les sujets dont la douleur continue était augmentée par le séjour au lit, il en était de même des élancements.

Lorsque cette espèce de douleur parcourait une certaine étendue du trajet du nerf, quelle que fût sa direction, il semblait aux malades qu'un trait aigu traversait les parties affectées. Lorsqu'au contraire les élancements étaient fixes, ils commençaient par une douleur légère

dans un ou plusieurs des points désignés ; puis cette douleur augmentait rapidement sans se déplacer, et lorsqu'elle était devenue très vive, elle cessait presque tout-à coup, pour recommencer au bout d'un temps plus ou moins long.

Quant à l'étendue des élancements, elle était variable. Dans quatre cas sur trente-six, ils étaient bornés à l'espace compris entre l'épine iliaque postérieure et supérieure, et le grand trochanter. Dans cinq, ils s'étendaient de la hanche au genou. Dans deux, ils ne se faisaient sentir que le long du bord postérieur du péroné et vers la malléole externe, la partie supérieure du membre étant exempte de toute espèce de douleur. Dans tous les autres, la totalité du nerf était envahie par eux. On voit par là que la névralgie sciatique, bien qu'elle affecte, dans la majorité des cas, toute l'étendue du nerf, peut être aussi limitée à une très petite partie de son trajet ; et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il n'existe pas, à beaucoup près, un rapport constant entre l'étendue de la douleur et la violence de la maladie. Parmi les exemples de sciatique très violente que je possède, je trouve dans deux cas la douleur bornée à la hanche, et, dans deux autres, les élancements ne dépassant pas les environs de la malléole ; tandis que, dans plusieurs cas des plus légers, ils partaient des lombes pour se rendre aux orteils.

Les élancements dont il vient d'être question se manifestaient d'une manière spontanée ; mais chez deux sujets, la pression exercée dans un des points douloureux, les faisait naître également ; il semblait alors que la douleur déterminée dans le point pressé allait retentir dans les autres.

C. *Sensations diverses.* — Outre les élancements,

plusieurs malades (onze sur trente-six) éprouvaient des sensations de diverses espèces, et toujours fort incommodes. C'était, le plus souvent, un sentiment de froid plus ou moins intense dans le lieu occupé par la douleur. Quelques malades s'en plaignaient beaucoup, et cherchaient à se réchauffer de toutes les manières, quoique au toucher on ne trouvât pas de différence entre le membre affecté et le membre sain. Cette sensation devenait plus forte dans des moments variables de la journée, et ordinairement lorsque les malades entraient dans leur lit, surtout en hiver. Dans trois cas, au contraire, il y avait une sensation de chaleur brûlante, ou, suivant les expressions des malades, semblable à la douleur occasionnée par l'action d'un acide sur une plaie. Un sujet se plaignit pendant plusieurs jours de démangeaisons dans le membre, quoiqu'il n'y eût aucune éruption, et un autre éprouva, pendant la nuit, un frisson borné au côté du corps affecté de névralgie. Je regrette de n'avoir pas interrogé assez fréquemment les malades sur l'existence de ces frissons partiels. J'ai vu, en effet, un cas très remarquable dont je n'ai pas pu recueillir l'histoire relativement à la névralgie sciatique, et dans lequel ces frissons étaient extrêmement marqués. Il semblait à un malade qu'un liquide coulait le long du nerf. Ces sensations singulières, qui ne se rencontrent pas dans d'autres affections que les névralgies ou les névroses, n'ont eu lieu que dans des cas où la névralgie avait une assez grande intensité.

Dans les observations de M. Martinet, des sensations semblables ont été notées un petit nombre de fois. C'est le froid qui s'est fait sentir le plus fréquemment.

D. *Crampes; contractions involontaires des muscles.* — Dans sept cas seulement, sur trente-six, il y eut

es crampes, ou des secousses fatigantes et douloureuses
u membre. Les crampes avaient lieu, soit au sortir du
ain, soit à l'entrée au lit, soit au milieu des exaspéra-
ons. Quant aux secousses, elles ne furent fortes que chez
n sujet, qui avait une sciatique ancienne des plus in-
nses. Elles se produisaient toujours à l'entrée au lit (1),
endant la journée, ou le soir; elles duraient ordinai-
ment un quart d'heure. Le membre tout entier était
gité par ces secousses, qui lui imprimaient des mouve-
ents tels, que le pied était tantôt projeté en haut et
ntôt retiré, et que le membre était alternativement
échi ou étendu. Pendant que ces secousses avaient lieu,
s douleurs étaient vives, et restaient telles long-temps
près.

Non seulement ces phénomènes ne se manifestèrent
ue dans des cas graves, mais encore ils ne se montrè-
nt que dans le fort de la maladie, en sorte qu'on doit
s regarder comme des signes non équivoques d'une in-
nsité considérable de la névralgie.

VI. Réflexions générales sur les douleurs observées dans la névralgie sciatique.

Je ne reviendrai pas sur les nombreuses réflexions
ui m'ont déjà été suggérées par la dissémination des
oints douloureux. Je ferai observer seulement com-
en il était facile, à l'aide d'un examen et d'un inter-
gatoire attentifs, d'arriver à ce résultat. L'isolement
mplet de plusieurs de ces points douloureux dans un
ombre assez considérable de cas, la douleur beaucoup
us forte dans ces points, et les élancements y prenant
issance comme dans un foyer, sont des caractères qui
raient dû, dès long-temps, frapper les observateurs.

(1) C'était pendant l'hiver.

Aussi, bien qu'ils n'aient point signalé ces faits d'une manière spéciale, on voit qu'ils en ont eu une idée, car la douleur derrière le grand trochanter et derrière la tête du péroné, a été particulièrement mentionnée par eux. Mais ils ont méconnu le plus grand nombre des foyers de douleur, et je reviendrai sur ce fait dans mes considérations sur le traitement de la maladie.

Quant à la variété des douleurs et à leur violence, on a pu reconnaître qu'elles ne le cèdent à aucune névralgie connue, si ce n'est peut-être à la névralgie trifaciale.

Section II. — Douleurs dans des parties du corps plus ou moins éloignées du siége de la maladie, ou complications.

Des quinze sujets que j'ai observés, il n'en est aucun qui n'ait présenté, pendant la maladie, des douleurs dans une autre partie du corps que le membre affecté. Ces douleurs étaient de deux sortes ; je vais les décrire séparément.

§ Ier. Symptômes de nature névralgique.

Douze malades sur quinze ont présenté des douleurs de ce genre. Le tableau suivant fera connaître la proportion suivant le siége.

SIÉGE.	NOMBRE DES CAS.
Tête.	5
Poitrine (névralgie intercostale.	6
Lombes et abdomen.	2
Total. . .	13 (1)

(1) Plusieurs malades ayant eu des douleurs dans plusieurs parties du corps à la fois, le nombre total se trouve nécessairement augmenté.

Lorsque ces douleurs occupaient la tête, elles taient caractérisées par un sentiment de contusion, auucl venaient se joindre, à des intervalles variés, des lancements semblables à ceux qui avaient leur siége ans le membre inférieur. Dans deux cas elles existaient errière l'apophyse mastoïde, et les élancements allaient etentir dans l'oreille. Dans deux autres, il y avait une ouleur au niveau du trou sus-orbitaire, et les élancements se portaient vers le sommet de la tête; enfin, hez le cinquième sujet, il y eut des élancements parourant le trajet du nerf dentaire inférieur.

Les douleurs observées dans la poitrine, dans les mbes et l'abdomen, appartenaient toutes aux néralgies dorso-intercostale et lombo-abdominale; elles résentaient les caractères que nous avons reconnus ces affections.

Enfin, chez quatre malades, on constata dans les embres supérieurs, des douleurs qui consistaient en ancements violents dans plusieurs points du membre, ec douleur à la pression vers la partie inférieure du dius chez un sujet. Mais je ne fais que mentionner s douleurs, attendu qu'elles étaient liées à une maladie la moelle dont ces sujets étaient affectés, plutôt qu'à névralgie sciatique elle-même.

Dans les cas où la sciatique était simple, c'est-à-dire rsqu'elle n'existait que d'un seul côté, les douleurs i'on observait dans d'autres parties du corps, se faiient toujours sentir du même côté. Lorsque la névrale était double, les autres douleurs existaient du côté plus violemment affecté, ou bien se montraient égament à droite ou à gauche.

On voit par là que la névralgie sciatique, comme les

précédentes, est très fréquemment compliquée par des affections de même nature. Il faut ajouter que ces diverses névralgies existaient simultanément, et que, dans aucun cas, on ne les a vues se remplacer l'une l'autre; le plus souvent, au contraire, elles augmentaient en même temps d'intensité.

§ II. Douleurs de nature non névralgique.

Outre la douleur de tête dont il vient d'être question, on en observait une autre tout-à-fait différente. Celle-ci ne siégeait pas plus d'un côté que de l'autre; elle était frontale, gravative, sans élancements, et en tout semblable à celle qui a si fréquemment lieu dans les maladies fébriles. Aussi n'existait-elle, à deux exceptions près, qu'aux époques où il se déclarait quelques troubles des fonctions digestives avec un mouvement fébrile plus ou moins marqué, et disparaissait-elle en même temps que ces derniers symptômes. Elle eut lieu chez onze sujets, et ceux qui avaient des douleurs névralgiques dans la tête n'en furent pas exempts.

Dans trois cas, je constatai une douleur sourde, sans élancements, siégeant dans les lombes, et répandue dans les masses musculaires de cette région. Elle augmentait un peu par la pression, n'était point circonscrite, et devenait beaucoup plus vive dans les mouvements. Ces douleurs qui étaient de nature rhumatismale, se dissipèrent au bout de quatre ou cinq jours.

Si l'on excepte la céphalalgie frontale, dont la cause nous est connue, on peut dire que les douleurs de nature névralgique l'emportaient de beaucoup sur les autres. Il n'en est pas moins remarquable que le rhumatisme musculaire ait, dans le quart des cas, compliqué la névralgie sciatique.

SECTION III. — État du membre malade.

Cotugno a beaucoup insisté sur l'atrophie du membre alade, qu'il appelle *ischiadica atrophia* (1), en a stinguant avec soin de l'*ischiadica tabes* d'Hippo-ate. Il cite même, à ce sujet, l'observation d'un homme 73 ans, qui, affecté de névralgie sciatique depuis ente ans, avait la cuisse gauche remarquablement éma-ée, et ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bâton. epuis, tous les observateurs ont recueilli des cas sem-ables ; mais ils n'ont pas recherché quelle était la fré-ience de cette atrophie, et son rapport avec la durée l'intensité de la maladie.

Dans mes quinze observations, il n'y eut d'altération otable du membre malade que chez un seul sujet. La iatique existait du côté droit. Voici les mesures des ux membres, prises aux mêmes hauteurs, le 5 fé-ier 1839, peu de jours après l'entrée du malade, qui rdait alors le lit presque constamment, et à deux au-s époques assez éloignées, la maladie faisant des pro-ès vers la guérison, et le sujet se livrant à un exercice sez fort.

DATE.	CÔTÉ DROIT.	CIRCONF. DU MEMB.	CÔTÉ GAUCHE.	CIRCONF. DU MEMB.
fév.	Cuisse . . Jambe . .	$0^m,380$ $0^m,263$	Cuisse. . . Jambe. . .	$0^m,392$ $0^m,270$
mars.	Cuisse . . Jambe . .	$0^m,380$ $0^m,278$	Cuisse. . . Jambe. . .	$0^m,419$ $0^m,263$
mai.	Cuisse . . Jambe . .	$0^m,392$ $0^m,247$	Cuisse. . . Jambe. . .	$0^m,406$ $0^m,247$

(1) *Loc. citat.*, cap. VI.

Ce tableau, comme on le voit, présente des variations remarquables; ainsi, le 6 mars, la jambe droite a été trouvée plus volumineuse que la gauche, tandis que le contraire avait eu lieu le 5 février, et que les deux jambes avaient le même volume le 6 mai; et même à cette dernière époque, les jambes ont présenté une circonférence moins étendue qu'auparavant. Il faut attribuer évidemment ces variations aux difficultés de la mensuration (1). De ces mesures, néanmoins, il résulte d'une manière générale, que la cuisse du côté malade était sensiblement atrophiée. La névralgie, dans ce cas, était des plus intenses; les douleurs étaient déchirantes, les mouvements difficiles; la jambe demi-fléchie, était souvent agitée de secousses violentes, et il y avait un amaigrissement visible. Le malade se soutenait très difficilement sur ce membre; c'était, en un mot, un exemple de cette semi-paralysie signalée par Cotugno.

Chez un autre sujet dont la névralgie était violente, mais ne remontait qu'à cinq mois et demi, et ne s'accompagnait ni de crampes ni de secousses, les mesures furent presque identiquement les mêmes à droite et à gauche; à peine y avait-il un millimètre de moins de ce dernier côté.

(1) Il est, en effet, extrêmement difficile de mesurer les deux membres à la même hauteur; de là, peuvent naître des différences très notables dans les résultats comparatifs. D'une mensuration à l'autre, on peut changer le niveau, et les membres paraissent plus ou moins gros, suivant qu'on les a mesurés plus haut ou plus bas; enfin, il suffit d'une contraction musculaire plus forte d'un côté que de l'autre pour faire naître les mêmes erreurs. Faut-il donc négliger complétement la mensuration des membres? Je ne le pense pas; car en agissant sur un certain nombre d'individus, avec toutes les précautions nécessaires, on peut compenser les causes d'erreur et rectifier la simple inspection qui est plus trompeuse encore. La simple flaccidité d'un membre, en lui ôtant sa forme arrondie, peut le faire paraître beaucoup plus maigre que celui du côté opposé, tandis qu'il n'en est réellement rien.

Des observations de M. Louis, quatre seulement sont
·latives à des sujets qui présentaient un amaigrissement
u membre sensible à la vue; trois avaient une sciati-
ue violente qui durait depuis trois semaines, quatre
ois ou quinze mois, et le quatrième n'offrait que
·s symptômes légers, dont l'apparition ne remontait
ı'à trois mois. Dans tous ces cas, le dernier excepté,
séjour au lit était forcé, et les mouvements presque
ıpossibles à cause de la douleur. C'est évidemment à
naction du membre causée par cette douleur qu'il faut
tribuer son amaigrissement, puisque, dès que les
uffrances cessaient, l'exercice remettait en peu de
mps les choses dans leur état naturel. Chez le sujet
ont j'ai parlé plus haut, au contraire, la faiblesse et
ıtrophie du membre persistèrent encore long-temps
ırès la disparition presque complète de la douleur.

Dans les observations empruntées à d'autres auteurs,
n'en trouve que trois qui mentionnent une atrophie
idente du membre.

En résumé, la semi-paralysie signalée par Cotugno
rès rarement existé. L'atrophie a été un peu plus
quente, et s'est montrée généralement dans des scia-
ues violentes. Elle n'a pourtant pas un rapport néces-
re avec l'intensité de la névralgie, car dans des cas
t graves elle a manqué, et a eu lieu dans un cas de
diocre intensité.

TION IV. — Symptômes fournis par les voies respiratoires et les voies digestives.

§ Ier. Voies respiratoires.

Il n'y eut point, dans les voies respiratoires, d'alté-
ion qui parût liée à la sciatique. Le plus grand

nombre des sujets avaient les poumons en parfait état. Quelques uns éprouvèrent une légère bronchite dans le cours de leur névralgie. Un homme avait des symptômes de phthisie commençante, et une femme les signes d'un emphysème pulmonaire assez avancé. C'est principalement dans ces cas, que l'exaspération de la douleur, pendant les efforts de la toux, a été notée. Mais comme ces symptômes n'ont évidemment aucun autre rapport avec la maladie principale, je me hâte de passer outre.

§ II. Voies digestives.

Quoiqu'il y ait eu très fréquemment, dans les fonctions digestives, des troubles marqués: tels que langue blanche, pâteuse, diminution plus ou moins notable de l'appétit, dégoût, nausées, vomissements de matières vertes et amères, selles liquides plus ou moins fréquentes, et même un peu de douleur du ventre à la pression, je n'insisterai guère plus sur ces symptômes que sur ceux qu'a fournis l'examen des voies respiratoires. L'analyse des faits m'a prouvé jusqu'à l'évidence que ces symptômes étaient indépendants de la maladie avec laquelle ils n'avaient qu'un rapport de coïncidence, et qu'ils dépendaient uniquement des divers moyens de traitement mis en usage. Il me serait facile d'en fournir des preuves, mais une seule remarque mettra hors de doute ce que j'avance. Les malades observés par M. Louis et par moi ne présentèrent aucun trouble des voies digestives à leur entrée à l'hôpital, c'est-à-dire lorsque les moyens de traitement n'avaient pas encore été appliqués; la douleur était, néanmoins, déjà très considérable, et durait depuis long-temps chez plusieurs. Il n'y a pas eu une seule

xception à cette règle. D'un autre côté, les troubles des
onctions digestives survenaient si constamment après un
u plusieurs jours de l'emploi des remèdes, et se dissi-
aient si facilement après leur suspension, que l'on ne
ouvait s'empêcher de voir là un rapport de cause à
fet. Quelle que soit donc la fréquence de ces symptô-
es dans le cours de la névralgie sciatique, ils ne doivent
as être considérés comme en faisant partie. Dans les ob-
rvations recueillies par M. Martinet, ces symptômes
it été également déterminés par le traitement; c'est, au
ste, un point sur lequel je reviendrai lorsque j'aurai à
aminer les effets des moyens thérapeutiques.

§ III. État de l'appareil circulatoire.

Ce que je viens de dire de l'état des voies respiratoires
des voies digestives, il faut le dire aussi de l'état de
ppareil circulatoire. Dans aucun cas, il n'y eut un
pport constant entre la fréquence du pouls, les
lpitations qui existèrent quelquefois, et la violence
s douleurs; mais, en revanche, il y en eut un très
arqué entre les troubles de la circulation et les varia-
ns du traitement. Lorsqu'un vésicatoire, soit simple,
it pansé avec la morphine, était appliqué, on voyait
s souvent le pouls s'accélérer, et les battements
cœur devenir plus forts, tandis que dans plu-
urs cas les douleurs, loin d'augmenter de violence,
ninuaient au contraire sensiblement. Il suffira des
mples suivants pour se convaincre de la réalité du
it.

1er EXEMPLE. — NÉVRALGIE VIOLENTE.

Date.	État de la douleur.	Pouls.	Cœur.	Traitement
11 janv.	Excessiv. violente, élancements, tiraillem. .	68 soup, rég.	Batt. norm.	Vésic. simp.
12 —	Calmée	*Id.*	*Id.*	*Id.*
19 —	Peu violente. . . .	96	*Id.*	Vésicat. pansé avec la morph., très douloureux
6 février.	Médiocre.	88		*Id.*
9 —	Vive	78		*Id.*

2e EXEMPLE. — NÉVRALGIE DE MÉDIOCRE INTENSITÉ.

Date.	État de la douleur.	Pouls.	Cœur.	Traitem.; troub. des voies digest.
19 déc.	Vive, continue, avec exacerbation. . . .	68 soup., rég.	Batt. norm.	Nul encore.
20 —	Très diminuée. . . .	68 sans larg.	*Id.*	Vés. morph
27 —	Exacerbation	90	*Id.*	5 pil. d'opium, troub. des voies digestives.

Je pourrais multiplier ces exemples, et il me serait facile de montrer que le même état du pouls correspondait aux plus grandes variations de la douleur, mais ce serait tomber dans des répétitions aussi fatigantes qu'inutiles. Je me borne à ajouter que dans aucun cas, la régularité du pouls n'a été troublée, et qu'il a toujours été souple et d'un développement normal. Il faut excepter de la règle, les sujets qui avaient des symptômes de phthisie et d'emphysème pulmonaire; mais chez eux, les variations du pouls étaient sous la dépendance de l'affection thoracique.

Enfin, pour dernière preuve, le pouls restait après la guérison, tel qu'il avait été dans les plus violentes exacerbations de la douleur, pourvu qu'il n'y eût, du côté des voies digestives, aucun symptôme qui expliquât l'apparition d'un léger mouvement fébrile.

§ IV. Frissons, chaleur, sueurs.

Treize malades, sur trente-six, présentèrent un ou plusieurs de ces symptômes. Un seul eut à la fois des frissons, de la chaleur et des sueurs, revenant la nuit plusieurs fois de suite, sans qu'il fût possible de découvrir la cause de ces phénomènes. On pouvait regarder ces symptômes comme des signes d'une fièvre périodique; cependant le sulfate de quinine ne fut pas donné, et le malade fut promptement guéri par les vésicatoires. Dans deux autres cas, il y eut, la nuit, un peu de chaleur et de sueur, mais pendant deux ou trois jours seulement, et ces légers symptômes se dissipèrent d'eux-mêmes, la névralgie conservant la violence et l'irrégularité de ses exacerbations. Sept sujets n'eurent de frissons, de chaleur et de sueurs, qu'après l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires, ordinairement pansés avec l'hydrochlorate de morphine. Sous cette influence, il y avait en même temps de légers troubles des fonctions digestives, et tous ces accidents se dissipaient, en peu de temps et simultanément, dès que le médicament était changé. Les bains de vapeur produisirent, chez deux autres, des sueurs assez abondantes, qui cessèrent avec leur emploi.

Ainsi, un seul des sujets dont il s'agit pourrait être considéré comme ayant une fièvre larvée; mais la manière dont les symptômes d'apparence fébrile se sont dissipés, sans le secours du remède spécifique et sans que la névralgie ait été modifiée en rien, doit, je pense, faire rejeter cette opinion; en sorte que, d'après ces faits, la névralgie sciatique doit être considérée comme se produisant rarement sous forme intermittente. Ceux que j'ai

empruntés à d'autres auteurs, ne donnent aucun détail sur ce point important, et si l'on réfléchit que l'attention est fixée depuis long-temps sur l'intermittence dans les névralgies, on trouvera sans doute, dans cette circonstance, une nouvelle probabilité en faveur de l'opinion que je viens d'émettre.

§ V. État des organes génito-urinaires.

Je ne veux point tracer ici l'histoire de la *menstruation* chez les quinze femmes qui font partie des trente-six observations dont je donne plus particulièrement l'analyse. J'entrerai dans les considérations nécessaires, à cet égard, à l'article des causes. Je dirai seulement que de trois, qui eurent leurs règles pendant qu'elles étaient soumises à l'observation, il n'y en eut aucune dont l'écoulement menstruel fût aussi abondant qu'en bonne santé, et qu'elles donnèrent des signes non équivoques de dysménorrhée; elles n'avaient cependant pas de flueurs blanches.

Les *voies urinaires* ne présentèrent rien de bien remarquable. Cependant, chez quatre hommes et chez une femme, il y eut quelques symptômes du côté de la vessie ; les envies d'uriner devinrent un peu plus fréquentes pendant trois ou quatre jours, et il y eut un peu de douleur à l'hypogastre dans quatre de ces cas. En recherchant quel traitement eut lieu à cette époque, j'ai trouvé que tous ces malades avaient un vésicatoire récent, qui, chez trois, avait déterminé un léger mouvement fébrile et quelques troubles des fonctions digestives ; l'influence des vésicatoires sur la vessie fut évidente. Chez le cinquième sujet, il y eut, pendant trois jours, un peu de lenteur dans l'émission de l'urine,

avec réplétion de la vessie. Ces phénomènes disparurent dès qu'on supprima l'hydrochlorate de morphine, qu'on appliquait depuis plusieurs jours sur un vésicatoire. Les urines ne présentèrent rien de remarquable dans leurs caractères physiques.

Il n'existait donc, du côté de la vessie, aucun symptôme qui eût quelque rapport avec la névralgie sciatique. J'indiquerai l'action de l'huile de térébenthine sur les voies urinaires, lorsque j'examinerai les observations de M. Martinet, sous le point de vue du traitement.

ART. V. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DE LA MALADIE; RÉCIDIVES; LÉSIONS ANATOMIQUES.

§ Ier. Marche, durée, terminaison de la maladie, récidives.

1° *Marche de la maladie.* — La névralgie sciatique n'a pas une marche plus régulière que les autres affections du même genre. Cotugno, néanmoins, divise la maladie en trois stades; mais il est facile de voir qu'il a eu plutôt égard aux modifications qu'il suppose exister dans le nerf malade, qu'à la succession des symptômes. Suivant lui, la matière âcre qui produit l'irritation du nerf en s'accumulant dans sa gaîne, cause d'abord de l'inflammation; puis, le liquide augmentant, le nerf est comprimé et devient hydropique; enfin, sous l'influence de la compression, la semi-paralysie se déclare. Cotugno le résume en ces mots (1) : « Habet itaque morbus velut tempora tria, quibus medicam opem poscere possit : habet principia sæpe conjuncta inflammationi : habitum hydropicum in decursu : transitum postremo in semiparalysim. »

(1) *Loc. cit.*, cap. XXXVII. *Tria vero posticæ ischiadis nervosæ stadia sunt.*

J. Franck se borne à dire (1) que la douleur, d'abord très vive, devient obtuse après une longue durée, en même temps que l'émaciation du membre se produit. Tout restait donc à peu près à faire, relativement à la marche générale de la névralgie fémoro-poplitée.

Ayant interrogé avec grand soin les malades sur le début de l'affection et sur ses progrès, je trouve dans mes observations des renseignements précis sur la marche de la maladie; il en est de même de la plupart de celles que je dois à M. Louis; quant à toutes les autres, les détails manquant, je ne saurais les employer utilement.

Début. — Vingt-sept sujets seulement ont pu préciser le début de leur névralgie. Onze fois il fut rapide, c'est-à-dire que les douleurs acquirent en peu de jours leur plus grande intensité. Une seule fois, il fut brusque (2) : le malade fut saisi subitement, étant à table, d'une douleur très vive, déchirante, occupant la hanche et la cuisse. Dans quinze cas, la maladie se produisit lentement. Les malades n'éprouvaient d'abord qu'une gêne peu considérable, qui ne les empêchait pas de se livrer à leurs occupations et de marcher avec un peu de peine. Au bout d'un temps plus ou moins long, cette gêne devenait une véritable douleur, qui, dans le plus grand nombre des cas, rendait le mouvement impossible.

Maintenant, si nous examinons les faits sous un autre point de vue, nous allons voir que dans la grande majorité des cas, tous les symptômes n'apparaissaient pas en

(1) *Prax. med.*, 2e part., vol. III, Turin, 1822.

(2) Dans les observations de M. Martinet on trouve un fait du même genre.

même temps, et que surtout la douleur n'envahissait pas d'emblée toute l'étendue du nerf qu'elle devait occuper dans la suite.

Le lieu d'apparition de la douleur, et ses progrès en étendue, sont représentés dans le tableau suivant :

LIEU d'apparition.	POINTS envahis plus tard.	MARCHE de la douleur.	NOMBRE des cas.
Hanche seule.	Cuisse ou jambe, ou l'une et l'autre.	De haut en bas (ou descendante)	14
Hanche et cuisse.	Jambe.	*Id.*	5
Cuisse.	Hanche et jambe.	Ascendante et descendante.	3
Id.	Jambe.	Descendante.	1
Jambe.	Cuisse et hanche.	Ascendante.	3
Cuisse et jambe.	Hanche.	*Id.*	3
Hanche seule.	0	0	2
Jarret.	0	0	1
Tous les points à la fois.	0	0	4
Total.			36

Les résultats de ce tableau viennent à l'appui de ceux que nous avions obtenus par l'examen direct des symptômes, c'est-à-dire qu'on y voit, dans la majorité des cas, la maladie s'étendre graduellement, de même que nous avons vu précédemment les symptômes acquérir graduellement toute leur intensité. Quant aux autres cas, tout porte à croire qu'ils ont eu le même début, car ils font presque tous partie de la catégorie dont il s'agit, ayant débuté par un point limité.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la proportion des cas dans lesquels l'extension de la douleur a suivi une marche soit descendante, soit ascendante, soit l'une et l'autre à la fois. Elle est, en effet, presque identique à celle qui a été trouvée pour les élancements, et le degré de fréquence de ces diverses variétés se trouve par là plus solidement établi.

Dans onze cas seulement, il a été noté bien positivement des élancements ou des picotements au début; une fois, ce fut d'abord un engourdissement de la partie inférieure du membre. Vingt et une observations sont muettes à cet égard, soit que les malades n'aient pas pu répondre, soit qu'ils n'aient point été interrogés. Dans trois cas, il n'y eut ni élancements, ni picotements, ni rien de semblable. Chez vingt sujets, la maladie débuta par une douleur plus ou moins vive, occasionnée par les mouvements, et surtout par la marche; quatorze observations sont muettes sur ce point; dans deux cas, les mouvements ne causaient pas de douleur. Ainsi donc, comme déjà l'étude des faits nous l'avait plusieurs fois prouvé, les douleurs dans les mouvements, et principalement dans la marche, ont une importance plus grande que les élancements. Ce fait paraîtra plus certain encore, si j'ajoute que les élancements n'étaient forts et fréquents que dans les cas où la douleur causée par les mouvements, était intense.

En résumé, le début est très rarement brusque; il est assez fréquemment rapide, et le plus souvent il a lieu avec lenteur. C'est ordinairement la douleur occasionnée par les mouvements qui ouvre la marche.

Exacerbations.—Lorsque la névralgie avait acquis tout son développement, elle était sujette aux plus

randes variations, sans qu'il soit possible de voir dans
ι succession des symptômes, rien qui puisse indiquer la
ause de ces exacerbations et de ces rémittences. Cotugno,
ui regardait les paroxysmes comme presque constants
endant la nuit, les attribuait à l'action du liquide
ontenu dans la gaîne du nerf et échauffé par la chaleur
u corps qui augmente le soir, surtout dans les lits de
ine (1). Nous avons vu que dans plusieurs cas, des
acerbations avaient lieu la nuit; mais si quelquefois, on
ouvait les attribuer à la chaleur du lit, le plus souvent
n ne le pouvait pas, car l'augmentation des douleurs
vait lieu au moment même où les malades se couchaient.

Influence des variations atmosphériques sur la iolence des douleurs. — Mais il est une autre cause ossible de ces exacerbations, dont il importe de rechercher la valeur, parce qu'elle est généralement regardée omme très efficace; je veux parler des variations météorologiques. J'ai comparé ces variations à celles de douleur, et voici quel est le résultat.

NOMBRE ees observ.	TEMPÉRATURE.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
9	— 0	5	4	· Plus de 1/2.
21	De 1 à 5° + 0	13	8	Moins de 3/5
31	De 5 à 10° + 0	10	21	1/3.
41	Au-dessus de 10° + 0	11	30	1/4.

Les nombres contenus dans ce tableau sont faibles

(1) *Loc. cit.*, cap. XXXII : *Symptomata omnia nervosæ ischiadis posticæ*,

sans doute ; mais la régularité avec laquelle le nombre proportionnel des douleurs vives diminue, à mesure que la température s'élève au-dessus de zéro, est digne de remarque, et ne paraîtra pas un effet du hasard, si on rapproche ce tableau de ceux que j'ai présentés plus haut à ce sujet, et notamment de celui qui est relatif à la névralgie dorso-intercostale, dans lequel on trouve des proportions à très peu près semblables. Ce que j'ai dit dans cet article, à propos de l'influence de la température, est donc confirmé par ces nouveaux résultats.

Quant aux autres variations atmosphériques, je possède cent quatre observations dont l'analyse est représentée par le tableau suivant :

NOMBRE des observ.	TEMPS.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
76	Humide.	26	50	1/3
26	Beau, sec.	8	18	1/3
2	Neige.	2	0	Les deux cas.

On voit que la douleur vive a été proportionnellement égale dans les temps humide, sec et beau ; pour la névralgie dorso-intercostale, il n'en était pas tout-à-fait de même ; mais les proportions se rapprochaient beaucoup de celles-ci. La faible différence qui s'est montrée dans les deux espèces de névralgie, tient peut-être à ce que, parmi les sciatiques, il en est un bon nombre qui ont été observées pendant l'été. Or, le temps beau et sec, qui, pendant l'hiver, correspond à l'abaissement de la température,

coïncide avec son élévation pendant l'été. C'est donc aux variations thermométriques qu'il faut accorder la plus grande influence, et, sous ce rapport, les nombres contenus dans les tableaux précédents, ont, malgré leur faiblesse, une certaine importance, puisqu'ils viennent s'ajouter à ceux que j'ai donnés plus haut, et leur attribuer une valeur plus grande.

Il n'y a que deux observations de temps de neige; mais les douleurs ont été très remarquables ces deux jours-là, et d'autant plus, chez un sujet, que les jours précédents et les suivants, où le temps était seulement couvert, elles étaient très modérées.

Ces faits, joints à tous ceux qui précèdent, sont de nature à renverser l'opinion de Cotugno ; et il faudrait, si leur nombre était suffisant, expliquer les exaspérations du soir, non plus par l'augmentation de chaleur du corps, dilatant la prétendue humeur âcre de la gaîne du nerf, mais tout simplement par l'abaissement de la température extérieure qui a lieu la nuit.

Déclin de la maladie. -- De tous les cas que j'ai pu réunir et qui sont au nombre de cent vingt-cinq, il n'en est aucun dans lequel la maladie ait disparu brusquement. Les douleurs se sont dissipées d'une manière plus ou moins rapide, mais toujours graduelle, quoique non uniforme, c'est-à-dire que même pendant la décroissance de la douleur, il y avait des variations plus ou moins grandes, ce qui a pu tromper quelques observateurs. Ainsi donc, la marche de la maladie était la suivante : *invasion* graduelle, *état* offrant des variations d'intensité très grandes et très nombreuses, *déclin* graduel comme l'invasion.

Périodicité. — J'ai déjà parlé plusieurs fois de l'*in-*

termittence; mais il est important d'y revenir dans cet article, afin que la marche de la maladie soit entièrement connue. Il y eut très fréquemment des paroxysmes bien marqués, puisqu'ils furent notés dans quatre-vingt-deux des cent vingt-cinq observations que j'ai réunies, et encore est-il plus que probable que dans beaucoup d'observations des auteurs, et surtout de M. Martinet, l'interrogatoire n'a pas été complet à cet égard. Mais, dans ce nombre considérable, je ne trouve que six cas dans lesquels l'intermittence ait eu quelque régularité, et où des symptômes fébriles aient pu faire croire à l'existence d'une fièvre périodique. Trois fois, dans ces six cas, il y eut seulement une grande régularité dans le retour et la violence des accès quotidiens; dans les trois autres, il se joignit à cette périodicité quelques frissons, un peu de chaleur et une faible sueur. Le sulfate de quinine employé chez un seul de ces six sujets échoua complétement. La guérison eut toujours lieu sans le secours de ce médicament.

En résumé, si l'on ne peut pas dire positivement combien de fois la sciatique a présenté des symptômes qui auraient pu faire croire à l'existence d'une fièvre larvée, on peut assurer au moins que les cas de ce genre ont été très rares.

Paroxysmes irréguliers. —Les accès qui avaient lieu dans les autres cas étaient variables quant à la durée, quelquefois ils se dissipaient au bout de quelques minutes, et quelquefois ils duraient cinq ou six heures. Généralement, ils se reproduisaient plusieurs fois dans la journée, et c'est lorsqu'ils étaient de courte durée qu'ils revenaient le plus fréquemment. Chez un certain nombre de malades, ils étaient provoqués par la marche

par les mouvements plus ou moins brusques imprimés membre et au tronc. Ils étaient caractérisés par une gmentation de la douleur continue et de la douleur à pression, mais surtout par les élancements, les piconents, les douleurs déchirantes, l'engourdissement membre et les autres sensations de tout genre dont il été parlé plus haut. Plus les cas étaient graves, et plus s exacerbations étaient longues et violentes; elles manaient dans les cas très légers.

J'ai dit en parlant des autres névralgies, que quelefois elles avaient une forme intermittente très irrégure, c'est-à-dire qu'elles revenaient une ou plusieurs s par an, durant ordinairement peu de temps, et se ssipant soit spontanément, soit sous l'influence d'un itement, pour revenir plus tard, et surtout pendant iver. Dans quatre cas, la sciatique avait cette forme.

2° *Durée de la maladie.* — La névralgie sciatique, même que les précédentes, est une maladie dont la rée est indéterminée. Je ne rappellerai pas ici les ts cités par les auteurs et dans lesquels on voit la malie persister trente ans et plus; tout le monde les a ésents à la mémoire. Je dirai seulement que la durée de maladie a varié, dans mes observations, de seize jours à uf mois; dans celles de M. Louis, de vingt-un jours à -sept mois; dans celles des autres auteurs, de huit ou jours à six ans. Ces énormes différences ne permetnt pas d'assigner à cette affection une durée quelcone; cependant j'ajouterai qu'en général, lorsqu'elle a traitée d'assez bonne heure, sa durée totale a été de mois à un mois et demi.

3° *Terminaison de la maladie.* — La science ne ssède pas d'exemple de névralgie sciatique qui se soit

terminée par la mort ; mais on a vu des sujets qui ont gardé cette maladie jusqu'à leur dernier jour, après en avoir été tourmentés pendant de longues années. D'un autre côté, ce qui a été dit plus haut prouve qu'il n'est pas rare de voir la névralgie fémoro-poplitée devenir chronique et très rebelle. Cependant un traitement bien dirigé est le plus ordinairement suivi de guérison. Si, en effet, je réunis mes observations à celles de MM. Louis, Arloing et Martinet, j'y trouve pour les diverses terminaisons, les proportions suivantes :

GUÉRIS.	NON GUÉRIS.	SOULAGÉS.	EN VOIE DE GUÉRISON.
78	12	12	5
Total des observations.		107 (1).	

En joignant aux sujets guéris ceux qui étaient en voie de guérison, et qui ont voulu passer chez eux le temps de leur convalescence, on voit qu'une heureuse terminaison a eu lieu dans un peu plus des trois quarts des cas : nombre qui doit même être un peu augmenté, car il n'est pas douteux que parmi les sujets soulagés et même non guéris, il n'y en ait eu un certain nombre qui ont été plus tard débarrassés de leur névralgie. La sciatique étant, en effet, une maladie très douloureuse et souvent longue, il arrive fréquemment, comme le savent ceux qui connaissent les hôpitaux, que dans l'espoir d'une amélioration plus prompte, les malades sont portés à changer de séjour et de médecin. De pareils faits ont lieu tous les jours.

(1) J'indiquerai à l'article *traitement* l'âge des sujets guéris ou non guéris, et les diverses circonstances dans lesquelles ils se trouvaient.

4° *Récidives.* — Les malades n'ont pas été tous aussi en interrogés qu'il eût été nécessaire pour savoir posi- ement combien de fois il y a eu des récidives. Les servations de M. Louis et les miennes sont seules com- tes sous ce rapport. En les analysant, je vois que trente-six cas, six offrent des exemples de récidives n marquées, et trois sont relatifs à des sujets chez i les douleurs névralgiques revenaient de loin en loin. nous ne regardons comme de véritables récidives que les qui sont caractérisées par le retour d'une névral- fixe et persistante, nous trouvons qu'elles ont lieu ns le sixième des cas. Seize sujets, parmi les quatre- ngt-neuf dont les observations ont été recueillies par autres auteurs, offraient des exemples de récidives plus moins fréquentes; elles ont donc été constatées chez x, à peu près dans le cinquième des cas. Mais je pense e quelques uns de ces cas peuvent être rappor- à la forme variable dont je viens de parler, ce qui ndrait la proportion à peu près semblable dans les ux séries de faits.

Le *nombre* de ces récidives, chez chaque sujet, était s variable. Chez quatorze, celle qui était observée it la première. Un sujet avait déjà été affecté deux fois la sciatique; deux l'avaient eue trois fois; un autre, -huit fois; deux presque tous les ans, depuis un ps indéterminé; et le dernier, tous les deux ou trois s.

Parmi les sujets qui ont présenté des récidives, dix- t étaient du sexe masculin, et cinq seulement du sexe ninin: différence que je rappellerai plus tard.

Dans les cas où il n'y avait qu'une récidive, la pre- ere attaque remontait à une époque très variable: de

deux mois à dix-huit ans. Dans cinq cas où l'intensité des deux attaques a été notée, la seconde a été aussi intense ou plus que la première.

§ II. Lésions anatomiques.

Je n'ai eu aucune occasion d'examiner le nerf sciatique chez des individus morts pendant la maladie, ou peu de temps après en avoir souffert; je suis donc forcé d'avoir recours aux principaux faits qui ont été publiés par les auteurs. Il n'en est aucun qui soit plus généralement connu que celui qui est rapporté par Cotugno; mais il ne l'est, ce me semble, que très vaguement. Or, comme il a donné lieu à une théorie qui a été longtemps adoptée, et comme on n'a point élevé de doute sur les rapports de la lésion trouvée par cet auteur avec les symptômes de la névralgie sciatique, je ne saurais mieux faire que de rapporter l'observation telle qu'elle a été présentée au chapitre xxxv du mémoire sur l'*Ischias nervosa* (1).

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Extraite de l'ouvrage de Cotugno.

... Vir erat, annorum circiter quinquaginta, qui quatuor ante menses quam hoc nostrum adiret Incurabilium Nosocomium, Salerno Neapolim iter faciens, nescio qua caussa, coactus est noctu, nudis pedibus, multam, fluentemque aquam pertransire. Paulo post dolore corripitur in planta, et dorso pedis dextri, qui sensim ascendens ad ischium usque pervenit, directione servata, quæ est in postica tibiali ischiade nervosa. Morbum initio sævum non repetitæ juvarant sanguinis missiones, non unguina varia, non δρὰστικα

(1) *Loc. cit.*, cap. xxxv. *Dissectio cadaveris hominis ischiadem passi.*

argantia iterata; cum æger acuta febre correptus die Junii
ecima sexta in Nosocomium est delatus. Erat febris ex epide-
icarum putridarum genere in quam infimæ plebis homo,
summa hujus anni 1764 annonæ caritate, uti plerique
omines sortis ejusdem, ob perversam forte victitandi ratio-
m, inciderat. Macies ei summa; herbeus cutis color; quæ
mmunia tum temporis multis erant hominibus caritatem
pertis; indicia fortassis diutini ex crudis atque insuetis
getantibus alimenti; virium dejectio multa, alvus sollicita,
fluens. Febri, ut par erat, feliciter depulsa, sequens valetudo,
in corpore inanito, multam intulit famem. Hanc parco
trimento, quod vires paulatim erigeret, non enervem
hùc opprimeret concoquendi facultatem, temperandam
gro persuasi. Interim cum alvi laxitas totis febris tempori-
s, quæ duodecimo desiit, ischiadicum dolorem non ex-
xisset, qui dolor sæviente febri valde intensus evaserat,
a postea tradam (1) methodo ischiadis curationem sum
gressus. Erat res in vado, jamque dolor insigniter im-
nutus brevi secuturam curationem integram persuadebat,
m, famis impatiens, multa æger, nulloque ordine, elec-
neve servata, cæpit devorare. Corripitur iterum ingenti
i fluere, qui tres intra dies corpus ad modum enerve ad
ernecionem confecit.

Eo extincto, visa est occasio longe digna, quæ nostram
sset de hydrope ischiaci nervi in postica ischiade nervosa
ntentiam declarare. Neque enim desperabamus; ut ut æger
bus vitæ extremis vix ad imam tibiam tantulum ischiadici
loris sensisset; si vere ischiadicus nervus hydrope laborasset,
quid in eo nervo inventum iri, quod si non præsentem os-
dere, prægressam saltem morbi caussam posset arguere.
daver in Theatrum perlatum est; nos *dissectionem* instituimus.
illo tamen quædam extrinsecus observata jam illico spem
stram infregere. Etenim clunes corruptæ verminaverant,

(1) Voyez, pour cette méthode de Cotugno, l'article *traitement*.

et pes uterque ad mediam usque tibiam aqua intercute laborabat; quæ vitia, dùm æger viveret, nemini attenta, forte postremis vitæ, diebus irrepsisse dicebantur. Utcumque tamen inita dissectio. Visisque primum vitiis in abdomine manifestis, quæ fluoris alvi caussas quadantenus declararent; quorum historiæ aliàs erit fortasse locus; ad ischiadicum dextrum nervum nos convertimus. Quo detecto, sic visum. Erat nervus, adhuc vaginis indutus, a coxa ad tibiam *solito coloratior*; non jam vasorum vaginas percurrentium magnitudine aut plenitate, sed intinctu quodam novo ambientium membranarum; omnes enim *flavebant.* Itaque vaginis nervi extremis incisis, detersoque vapore; quo certe non præter naturalem modum imbuebantur; vidimus vaginas *crassiores consueto, colorem illum non appictum, sed imbutum* possidere, quo ne ipse quidem nervus, etsi certe pallidior, erat immunis. A fibulæ autem capite ad pedem imum albidior erat nervus, *pleniorque vapore; cujus, a medio tibiæ inferius, copia tanta supererat, ut insigniter vaginæ à nervo incluso distarent,* quo locum facerent vapori. En actutum mihi nata suspicio gravis, essetne in ea infima nervi sede visus hydrops residuum hydropis ischiadis prægressæ; an progenies illius, qui carnes proximas insideret? Erat autem ultra sedes, ad quas cutis œdema pertineret, nervi hydrops extentus: quod facere posset ad referendum hydropem ischiadi prægressæ. Et novus ille vaginarum color trunci ischiadici nervi a coxa ad crus indicium dare posse videbatur lymphaticæ profluviei, quæ illas olim sedes occupasset. Quia tamen in eo cadavere, de quo nunc disputamus, et propter fervorem tempestatis, et propter aperti in antecessum abdominis, cluniumque fœtorem, et propter efficacem metum contagionis, qui illa tempestate omnibus erat merito summus, *sinistrum ischiadicum nervum omnino neglexi*, qui potuisset evincere, an color ille trunci nervosi dextri vere novus, an forte proprius, et ad naturam eo in homine esset, nihil omnino sum ausus ex hac dissectione decernere.

Telle est cette observation, qui a fait si souvent répéter
e, *dans la névralgie fémoro-poplitée,* Cotugno avait
uvé une infiltration séreuse du nerf, une accumulation
liquide dans sa gaîne. Nous y voyons un homme affecté
douleurs sciatiques depuis plus de quatre mois, et qui
combe à une maladie étrangère, dont la description
nnée par l'auteur ne permet pas de déterminer positive-
nt la nature. Cependant une fièvre intense, une cou-
r verte de la peau (herbeus cutis color), et un dévoie-
nt abondant sont positivement signalés; mais les lésions
dominales n'ayant pas été décrites, il n'est pas possible
savoir à quelle cause il faut attribuer l'ictère et la
rrhée. Quoi qu'il en soit, le malade paraissait conva-
cent de cette fièvre, et on avait entrepris la guérison
la sciatique, qui *déjà était réduite à une très faible*
uleur dans la jambe, lorsque des accidents survenus
côté des voies digestives, emportèrent le malade, sans
personne remarquât un *œdème* qui avait envahi
extrémités inférieures, et remontait *jusqu'au milieu*
deux jambes. C'est sur un pareil cadavre que
tugno trouva 1° la gaîne du nerf plus épaisse qu'à
dinaire, et colorée uniformément en jaune; 2° le nerf
-même participant de cette couleur, quoique à un
indre degré, mais seulement dans la partie supérieure;
enfin, la gaîne du nerf, distendue par de la sérosité,
uis le *milieu de la jambe* jusqu'en bas; dans ce
nier point le nerf était plus blanc.

Cotugno paraît attacher quelque importance à la
uleur jaune de la partie supérieure du nerf, mais il a
blié de rechercher si cette couleur jaune n'était pas
tôt due à l'ictère général qu'avait présenté le malade,
à une lésion locale du nerf. Il n'a pas eu soin de

nous dire si cette couleur jaune se retrouvait ou non dans d'autres tissus; et si l'on joint à cela le défaut de comparaison avec le nerf du côté opposé, défaut que l'auteur déplore lui-même, on reconnaîtra qu'il n'est nullement prouvé que cette coloration du nerf eût quelque rapport avec la sciatique, ou plutôt on sera porté à admettre le contraire, car nos connaissances en anatomie pathologique nous apprennent que cette coloration jaune n'est point l'indice d'une inflammation sur son déclin, comme le pense Cotugno.

A-t-il eu plus de motifs pour regarder l'infiltration séreuse du nerf comme une lésion anatomique laissée par la névralgie? On ne saurait l'admettre. N'y aurait-il donc qu'une simple coïncidence entre cet œdème qui remontait jusqu'au milieu de la jambe, et l'accumulation de sérosité dans la gaîne du nerf, qui s'élevait précisément à la même hauteur? Il y avait un moyen bien simple de s'en assurer, c'était encore d'examiner le nerf de l'autre jambe, où l'œdème existait également. La comparaison était plus importante, sans contredit, pour l'infiltration séreuse que pour la coloration. Cependant, non seulement Cotugno ne l'a pas faite, mais il n'a pas même exprimé le regret de l'avoir omise; et il a cru pouvoir se prononcer avec certitude.

On ne saurait douter, après ces détails, que Cotugno n'ait été induit en erreur par les apparences; ce qui paraîtrait sans doute plus évident encore si l'observation ne manquait des renseignements les plus importants. C'est faute d'avoir soumis ce fait à un examen attentif, que les auteurs qui sont venus après Cotugno, lui ont accordé une valeur qu'il ne mérite pas, et ont rangé

œdème parmi les lésions anatomiques appartenant à la névralgie sciatique.

Je n'ai point trouvé dans l'ouvrage de Tissot (1), l'observation indiquée par J. Frank (2), et dans laquelle la sérosité dans la gaîne du nerf était si abondante qu'elle lui donnait trois pouces de circonférence. Mais ce que Frank rapporte de ce fait suffit pour démontrer qu'il n'est pas plus probant que celui de Cotugno, si même il ne l'est moins. Il dit, en effet : Æger a lapsu in paralysim cruris dextri inciderat, ac *hydrope* periit. 1° Y avait-il réellement une névralgie sciatique ? 2° l'hydropisie du nerf n'était-elle pas une conséquence de l'hydropisie générale ?

Dans plusieurs ouvrages, Cirillo est cité comme ayant vu, dans cette maladie, le nerf sciatique augmenté de volume de plus d'un tiers, et offrant une force aussi grande que celle d'un tendon très fort. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette lésion anatomique si extraordinaire (3).

Siebold (4) crut trouver sur le cadavre de deux personnes qui avaient été affectées de sciatique, l'indice d'une inflammation du nerf, dans le développement de son réseau vasculaire. M. Peyrude, qui a cité ce fait, ajoute qu'un engorgement inflammatoire des vaisseaux capillaires du nerf a été constaté chez un sujet par M. Martin; tandis qu'un autre cadavre, dans les mêmes circonstances, n'a rien présenté d'anormal à ce professeur. Re-

(1) *Traité des nerfs et de leurs maladies.* Paris, 1778, 6 vol. in-12.
(2) *Loc. cit.*, part. secund., vol. III, p. 209.
(3) Voyez l'art. *nature de la maladie.*
(4) Cité par M. Peyrude; thèse. Paris, 1819.

marquons que, dans toutes ces recherches, il n'est pas question de la comparaison du nerf où siégeait la maladie, avec celui du côté opposé.

Bichat conservait, suivant MM Roussel et Peyrude, le nerf fémoro-poplité d'un sujet qui avait été affecté de sciatique, et cet organe offrait à sa partie supérieure une foule de petites dilatations des veines pénétrant dans son intérieur. M. Peyrude ajoute (1) : « Un homme que j'ai ouvert, dans les mêmes circonstances, sous les yeux de M. Bertin, m'a présenté le même phénomène. Une femme très âgée, que j'ouvris à l'hôpital Cochin, me présenta le nerf qui avait été affecté, sans aucune altération remarquable. » On ne peut s'empêcher de regretter que M. Peyrude ne nous ait pas fait connaître, au moins pour le cas qu'il avait observé, l'état des veines du membre inférieur, car la première question qu'on se fait, c'est celle de savoir si ces veines étaient variqueuses ou non, et, à défaut de réponse précise, on ne peut avoir une opinion arrêtée sur l'importance de ces petites dilatations veineuses. M. Rousset (2) qui, le premier, avait signalé le fait d'anatomie pathologique observé par Bichat, fit la même observation sur le cadavre d'une vieille femme, qui avait été tourmentée de la sciatique pendant les quarante dernières années de sa vie, et sur celui d'un homme de cinquante ans torturé par la même maladie. Mais on peut adresser à M. Rousset les objections que je viens de faire à M. Peyrude. Au reste, le peu de constance de toutes ces lésions, leur diversité, leur peu de profondeur dans presque tous les cas, suffisent pour nous inspirer les doutes les plus grands sur leur valeur, et, jus-

(1) Thèse citée.
(2) *Dissertation sur la sciatique nerveuse.* Paris, 1804.

ju'à preuve du contraire, on doit admettre que l'ana-
omie pathologique de la névralgie sciatique est nulle.

Cependant, j'ai trouvé dans les *Archives générales le médecine* (1) un fait dans lequel on voit mieux ue dans les précédents comment des douleurs de nature erveuse, siégeant dans le nerf sciatique, peuvent se attacher à une lésion matérielle des tissus qui envelop-ent cet organe. Ce fait est trop intéressant pour que je ne dispense de le rapporter.

CINQUANTIÈME OBSERVATION (2).

ymptômes névralgiques déterminés par une tumeur comprimant le nerf péronéo-cutané; extirpation de la tumeur; guérison instantanée.

Madame G..., âgée de 53 ans, habituellement bien por-nte, commença à éprouver, dans les premiers mois de 820, des douleurs assez vives dans le genou gauche. Elles ugmentaient d'intensité à l'occasion des variations atmosphé-ques, d'une percussion quelconque exercée sur la partie alade, d'une marche un peu prolongée. De nombreuses oplications de sangsues, de cataplasmes d'abord émollients, uis narcotiques; des frictions avec liniments et pommades uivant des formules très diverses, telle fut la médication adop-e pendant plusieurs années; elle ne produisit aucune amelio-tion. Plus tard, on employa intérieurement la valériane, le lfate de quinine, le carbonate de fer, l'extrait de bella-one, l'aconit napel, la stramoine, la jusquiame; on re-uvrit la partie de vésicatoires tantôt volants, tantôt suppu-nts; on déposa à la surface de ceux-ci de petites quantités acétate et d'hydrochlorate de morphine. La malade ne tira aucun avantage de ces divers moyens; fatiguée de

(1) Troisième et nouvelle série, t. V, 1839. (*Extrait du journal médical la Loire Inférieure.*)

(2) Insérée par M. le docteur Cabaret dans le XIVe volume du *Journal édical de la Loire-Inférieure.*

tant de traitements inutiles, elle se borna alors à exposer son genou, pendant les paroxysmes, à l'action d'un feu très ardent. Cette pratique lui réussissant, au moins momentanément, elle s'y tenait plusieurs fois surtout pendant la nuit, époque à laquelle les douleurs devenaient très violentes et produisaient une insomnie presque continuelle. Sous l'influence de ces symptômes, la malade maigrit progressivement d'une manière effrayante ; la gaieté et les forces se perdirent, l'appétit devint presque nul. Elle eut recours alors (4 décembre 1834) aux conseils de M. Cabaret. La maladie durait déjà depuis quatorze ans; M. Cabaret trouva les parties dans l'état suivant :

Le genou était sans aucun gonflement général apparent; mais en le palpant avec attention on sentait à travers les téguments une petite tumeur sous-cutanée, située à la partie externe de l'articulation tibio-fémorale. Cette tumeur, du volume d'une aveline, était développée sur le nerf péronéo-cutané mobile, dure, excessivement douloureuse à la pression, même la plus légère. M. Cabaret proposa aussitôt l'extirpation de la tumeur, à laquelle il fut procédé sur-le-champ. Une incision longue de deux pouces fut pratiquée sur le trajet du nerf et sur la tumeur; une dissection attentive mit à découvert l'un et l'autre. La tumeur fut séparée du nerf auquel elle n'était qu'adhérente. La plaie fut réunie par première intention. Au bout de quatre jours, la cicatrisation était parfaite.

La tumeur examinée attentivement, était solide, d'un blanc perlé, assez dure et renfermée avec une petite quantité de sérosité dans un kyste fibreux.

Depuis que cette opération a été pratiquée, toute douleur a disparu, et à l'époque où cette observation a été publiée (28 février 1838), c'est-à-dire plus de trois ans après, madame G... jouissait de la plus parfaite santé.

Il est impossible de savoir, après avoir lu cette obser-

ration, si les symptômes essentiels de la névralgie, tels qu'ils ont été décrits plus haut, existaient réellement. Cependant l'affection a paru assez bien caractérisée par les élancements parcourant le trajet du nerf, pour que, pendant quatorze ans, on n'ait eu aucun doute sur l'exactitude du diagnostic. Lorsqu'un examen plus attentif a fait reconnaître l'existence d'une tumeur. l'état du nerf dans le reste de son étendue n'a pas été mieux constaté. On conviendra donc qu'il est de toute nécessité d'insister avec force et persévérance, pour faire sentir la nécessité d'une exploration complète de l'organe affecté; car, comment, avec des faits semblables, établir un diagnostic, s'il y a en un à établir, ou reconnaître l'existence des symptômes caractéristiques de la névralgie, si elle avait réellement lieu?

M. Cabaret a, d'après Chaussier, donné à cette affection le nom de *névralgie anomale*. Je crois qu'il vaut mieux, jusqu'à nouvel ordre, la désigner sous celui de *névrôme douloureux*.

ART. VI. — CAUSES, NATURE DE LA MALADIE.

SECTION Ire. — Causes.

§ Ier. Causes prédisposantes.

1° *Age*. — L'âge est indiqué dans cent vingt-quatre des observations que je possède. Aucun sujet n'était âgé de moins de dix-sept ans, un seul l'était de plus de soixante-dix ans. Le nombre des malades était loin d'être le même à toutes les périodes comprises entre ces deux nombres. Le tableau suivant fera connaître la manière dont ils s'y trouvaient répartis.

Avant 20 ans.	4 (1 à 17, les aut. à 19).
De 20 à 30.	22
30 à 40.	30
40 à 50.	35
50 à 60.	26
60 à 70.	6
Passé 60.	1
Total. . . .	124

Je dois prévenir que parmi ces observations la plupart ont été recueillies dans les hôpitaux d'adultes, en sorte qu'on ne peut pas en tirer une conclusion rigoureuse relativement à la fréquence de la maladie chez les enfants et chez les vieillards. Toutefois, le silence de tous les traités de maladies de l'enfance sur cette affection prouve évidemment qu'elle est extrêmement rare à cet âge. Quant à la fréquence dans les diverses périodes de l'âge adulte, on voit que les nombres ont été à peu près égaux dans chacune d'elles, depuis vingt jusqu'à soixante ans. Il faudrait des différences plus grandes pour se prononcer définitivement, surtout avec des nombres peu considérables.

2° *Sexe*. Des cent vingt-quatre sujets dont je viens de parler, soixante-douze, ou environ les trois cinquièmes, étaient du sexe masculin. Déjà J. Frank (1) avait remarqué que la sciatique était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes La proportion des cas est ici très notable puisque le sexe masculin s'y trouve pour près des deux tiers; cependant, des nombres très considérables étant nécessaires pour la solution de semblables questions, il serait impossible de dire que cette proportion est rigoureusement exacte.

J'ai recherché si l'âge était le même pour les hommes

(1) *Loc. cit.*

ue pour les femmes, et j'ai trouvé les nombres présen-
és dans le tableau suivant :

AVANT 20 ans.		DE 20 à 30.		DE 30 à 40.		DE 40 à 50.		DE 50 à 60.		DE 60 à 70.		PASSÉ 70.	
Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém
0	4	10	12	20	10	19	16	20	6	2	4	1	0

On voit par ce tableau que depuis un âge inférieur
vingt ans, jusqu'à trente, le nombre des sciatiques a
té égal ou supérieur chez la femme, mais que dans les
ériodes suivantes elles sont devenues beaucoup plus
ombreuses chez l'homme. Ces chiffres seront utiles,
orsque de nouveaux faits les auront rendus suffisants,
t l'on pourra alors rechercher si ces différences tiennent
quelque cause appréciable.

Pour compléter ces considérations sur l'influence du
exe, je dois rappeler ici ce que j'ai dit au sujet des ré-
idives. Sur vingt-deux sujets qui en ont présenté de
lus ou moins fréquentes, dix-sept étaient du sexe mas-
ulin. Ce résultat vient donner une nouvelle valeur aux
récédents et compenser en partie le petit nombre des
bservations ; car cette énorme proportion de récidives
armi les sujets du sexe masculin, atteste évidemment
u'il est beaucoup plus disposé que l'autre à contracter
sciatique.

3° *Constitution.* — Toutes mes observations donnent
s éléments de la constitution ; parmi celles de M. Louis,
uatorze seulement fournissent les mêmes détails, ou indi-
uent simplement, la force ou la faiblesse de la consti-
ution. Parmi les soixante-quinze observations que j'ai

empruntées à M. Martinet et à d'autres auteurs, il n'en est que trente qui contiennent des renseignements à ce sujet (tant les faits y sont incomplets). En réunissant tous ces nombres, on a cinquante neuf sujets, trente et un hommes et vingt-huit femmes. Une constitution forte, robuste, caractérisée principalement par le développement et la fermeté des muscles, et par un état habituel de bonne santé, fut noté quarante et une fois, c'est-à-dire chez un peu plus des deux tiers des individus; trente-trois étaient du sexe masculin, et dix-huit du féminir. Une constitution médiocre, caractérisée par le peu de développement et la flaccidité des muscles, le peu d'embonpoint, des indispositions assez fréquentes, fut constaté chez treize sujets : six hommes et sept femmes; enfin la constitution n'était évidemment mauvaise que chez deux malades : un homme et une femme. Il reste trois sujets qui sont désignés dans les observations de M. Martinet, comme présentant une *constitution nerveuse* ; deux étaient du sexe féminin.

Il résulte de ces faits que la constitution était généralement bonne ; et que, proportionnellement au nombre respectif des sujets des deux sexes, elle était plus souvent détériorée chez les femmes que chez les hommes.

Le nombre de ces observations n'est pas assez considérable pour que j'entre dans de plus grands détails sur les éléments de la constitution ; je n'arriverais à aucun résultat bien satisfaisant. Je dirai seulement, d'une manière générale, que la névralgie sciatique ne paraît pas attaquer une constitution plutôt qu'une autre. La taille moyenne des hommes était de 1m,71.

4° Quant au *tempérament*, il n'en est question que dans trente-cinq cas observés par moi ou quelques uns

les auteurs que j'ai cités. Il est indiqué comme nerveux hez quatorze de ces sujets, dont cinq hommes et neuf mmes; cinq fois, l'élément nerveux est associé au lymhatique, au sanguin et au bilieux; sur ces cinq sujets, n trouve quatre femmes. Chez les autres le tempérament tait bilieux, ou bilieux-sanguin, huit fois, et de ces huit ujets, six étaient du sexe masculin; il était sanguin chez uatre malades, dont deux hommes et deux femmes; uatre fois il était lymphatique: un homme et trois mmes.

C'est, comme on le voit, chez les femmes, que se rouvait le plus souvent cette impressionnabilité, cette nsibilité exaltée, qui constitue le tempérament nereux, cause prédisposante des névralgies suivant beauoup d'auteurs. Si le nombre des observations était sufsant, et qu'on ne trouvât pas une plus forte proportion e ces tempéraments nerveux, il n'en sortirait évidemment pas une conclusion favorable à cette dernière pinion; car, d'une part, il est prouvé que ce tempérament s'observe plus fréquemment chez les femmes, et de utre, on n'en connaît pas la proportion exacte.

5° *Conditions hygiéniques*. — *a. Habitation*. — vais considérer à part les observations recueillies avec soin nécessaire, c'est-à-dire les trente-six sur lesuelles ce travail est principalement fondé, parce que s autres, n'ayant point indiqué les renseignements nétifs, on ne saurait établir aucune proportion d'après elles. e ces trente-six observations, vingt-sept nous donnent s détails sur l'*habitation* du malade; en voici le reyé;

Habitation constante dans une chambre sèche, chauffée, bien éclairée.	11 fois.
Idem ; depuis trois ou quatre ans seulement.	2
Habitation dans une chambre humide, mal éclairée, non chauffée, pendant un temps plus ou moins long et jusqu'au moment du début.	9
Idem ; pendant un temps indéterminé, mais plusieurs mois avant l'invasion.	3
Exposition fréquente aux intempéries des saisons ; nuits passées en plein air jusqu'au moment de l'invasion.	2
Total. . . .	27

Ainsi donc, dans près de la moitié des cas, nous avons constaté l'habitation dans un lieu sombre, humide et mal aéré, ou l'exposition aux intempéries de l'air. Deux sujets avaient pris une habitation plus convenable depuis un temps fort long (trois ou quatre ans); mais c'est pendant que l'un d'eux habitait un lieu froid et humide que sa santé s'altéra, et qu'il commença à éprouver des douleurs qui plus tard se fixèrent dans le trajet du nerf sciatique.

Dans les quatre-vingt-neuf observations empruntées à d'autres auteurs, huit seulement nous apprennent que les malades, à l'époque du début et depuis un temps assez long, étaient exposés habituellement au froid humide, soit en passant les nuits en plein air et en bivouaquant, soit en couchant dans une chambre humide. Pour toutes les autres, nous n'avons aucun renseignement.

b. Nourriture.—Sur vingt et un sujets qui ont donné des détails suffisants à cet égard, dix-neuf avaient une bonne nourriture et des repas réglés et abondants; deux seulement avaient une nourriture médiocre et irrégulière, et étaient quelquefois soumis à des privations. Cette proportion sur des sujets pris dans la population

les hôpitaux est assurément bien peu considérable, et la mauvaise nourriture ne paraît nullement avoir été une des causes de la sciatique.

c. Excès. — Dans nos trente-six cas, huit hommes s'étaient livrés et se livraient encore, au début de la maladie, à quelques excès de liqueurs spiritueuses ; mais dans ce nombre, il n'y en avait véritablement que deux dont les excès méritassent quelque attention, car ils buvaient 5 à 6 litres de vin par jour, et souvent beaucoup d'eau-de-vie. Les autres ne faisaient d'excès de ce genre qu'une fois par semaine au plus, et jamais de manière à en être incommodés les jours suivants.

b. Les *excès vénériens* ne sont mentionnés que dans nos observations, et ils n'ont été constatés d'une manière positive que chez un sujet, qui même avait cessé depuis quelque temps de s'y livrer, lorsqu'il fut pris des premières douleurs sciatiques. Quant à la masturbation, cinq malades du sexe masculin s'y étaient adonnés dans leur adolescence; mais tous y avaient renoncé depuis long-temps. Les femmes ont toujours affirmé qu'elles n'avaient fait d'excès vénériens d'aucun genre.

e. Professions. — Les malades exerçaient des professions tellement variées, que l'énumération en serait fastidieuse et sans utilité (1) ; ne soyons donc pas sur-

(1) Comme cependant le nombre des observations pourra devenir suffisant, je vais, dans cette note, énumérer les principales professions. Il y avait 8 domestiques, 5 journaliers ou journalières, 4 couturières, 2 boulangers, 2 tapissiers, 2 vignerons, 2 marchands ambulans, 2 cordonniers; puis tous les autres exerçaient des professions différentes : coloriste, chargeur de roulage, menuisier, mouleur de porcelaine, repasseuse, cuisinier, maître-maçon, jardinier, revendeuse, paveur, horloger, boucher, marchande, portier, peintre en bâtiments, etc., etc.; il n'y avait qu'un seul individu pour chacune de ces professions. Neuf sujets étaient anciens militaires.

surpris du silence des auteurs sur ce point ; car ne signalant, en général, l'influence des professions que lorsqu'ils voient un grand nombre d'individus du même état atteints de la même maladie, ils n'ont pu rien dire en présence de faits semblables. Quant à nous, la conclusion que nous pouvons tirer de la diversité de nos observations relativement à la profession des malades, c'est que son influence doit être regardée comme nulle, à moins que des faits nouveaux et très nombreux ne viennent éclairer plus complétement cette question d'étiologie.

6° *Hérédité.* — Des malades observés par M. Louis et par moi, cinq seulement étaient issus de parents qu'ils se rappelaient avoir eu des douleurs assez violentes. L'affection avait été regardée comme la goutte, deux fois ; et comme un rhumatisme, deux fois. Je n'insiste pas sur ces faits, qui ne sont pas en faveur de l'hérédité de la maladie.

7° *État de la menstruation.* — C'est encore un point sur lequel on chercherait en vain des renseignements dans l'immense majorité des observations recueillies par les auteurs dont les ouvrages sont le plus répandus dans la science ; cependant, l'influence de la menstruation sur le système nerveux est trop prononcé, pour que l'attention des observateurs ne doive pas toujours être fixée sur elle, toutes les fois qu'il s'agit de quelque affection de ce système. Dans trente-huit observations prises chez des sujets du sexe féminin, et que j'ai empruntées aux auteurs, neuf seulement font mention de l'état des règles. En les réunissant à celles de M. Louis et aux miennes, j'en ai vingt-quatre dont l'analyse se trouve dans le tableau suivant,

Menstrues régulières, et sans douleurs d'aucune espèce. . .	10 fois.
— Régulières, mais accompagnées de douleurs lombaires, hypogastriques; de céphalalgie; d'un état plus ou moins grand d'irritation, et d'autres symptômes de dysménorrhée.	3
— Supprimées à une époque plus ou moins éloignée du début; mais ayant repris leur cours ordinaire.	4
— Irrégulières et plus ou moins diminuées, tantôt avançant, tantôt retardant de plusieurs jours.	4
— Supprimées depuis trois ou quatre mois ou plus chez des femmes de 42, 45 et 48 ans.	3
Total. . . .	24

Je ne pense pas qu'on doive ranger ces trois derniers cas parmi ceux qui présentaient des désordres de la menstruation ; l'âge des malades suffit pour expliquer la cessation des règles. Mais sur vingt-un cas il en reste encore onze, dans lesquels la menstruation a présenté un trouble plus ou moins grand; cependant il n'en est, à proprement parler, que sept dans lesquels on puisse voir quelque liaison entre ce trouble et l'apparition de la névralgie, les règles n'ayant été supprimées chez les quatre autres que passagèrement, et à une époque éloignée du début de la maladie. Quoi qu'il en soit, la proportion est assez considérable pour nous porter à admettre que les désordres de la menstruation n'ont pas été sans influence sur la production de la névralgie.

Huit, sur quatorze, avaient des flueurs blanches assez abondantes, surtout avant et après l'époque des règles. Parmi elles, le plus grand nombre offrait ou avait offert quelque irrégularité de la menstruation.

8° *Maladies antérieures* ou *concomitantes*. — J'ai déjà indiqué à l'article *douleurs* les affections qui pouvaient se rapporter au système nerveux et au rhumatisme musculaire. J'ajouterai ici que dans la tête, la poitrine et l'abdomen, il n'y avait aucune maladie

qui, soit par sa nature, soit par l'époque de son apparition, parût avoir quelque liaison avec la sciatique. Plusieurs malades avaient eu, à une époque plus ou moins éloignée, quelques hémorrhagies habituelles : (épistaxis, hémorroïdes); mais, dans aucun cas, il n'y avait eu une suppression brusque de ce flux sanguin, ni d'aucun autre flux.

Il n'en est pas de même d'une maladie qui a existé quatre fois, chez les sujets que j'ai observés; je veux parler de la paraplégie, suite d'une affection de la moelle. Ces quatre malades, outre les douleurs sciatiques qui étaient on ne peut plus caractérisées, en éprouvaient fréquemment d'autres dans le trajet de plusieurs autres nerfs superficiels, tels que les nerfs du bras et de la tête; en sorte qu'on doit regarder l'affection de la moelle comme prédisposant aux névralgies de toute espèce.

Il n'a été possible, dans aucun cas, d'admettre pour cause de la maladie la suppression d'une affection cutanée quelconque.

J'ai recherché si, parmi les malades, il en était quelques uns dont la névralgie pût être rapportée à une *cause extérieure*, et voici le résultat de ces recherches : deux sujets eurent le membre exposé à une violence extérieure peu de temps avant l'apparition de la sciatique : l'un d'eux eut la cuisse fracturée, et les premières douleurs nerveuses se firent sentir lorsque le membre était encore dans l'appareil; l'autre eut une contusion avec excoriation aux deux jambes, à la partie moyenne du tibia, par suite de la chute d'un pilier de bois sur ces parties; chez ce dernier la sciatique débuta avant que les plaies fussent entièrement cicatrisées. La violence extérieure ne pourrait être regardée comme cause de la

névralgie que dans le premier de ces deux cas; car, dans le second, la blessure était légère, non enflammée, ne siégeait pas sur le trajet du nerf, et avait lieu des deux côtés, tandis que la névralgie était simple. Le cas de fracture de cuisse suivie de névralgie est donc unique, et rien ne prouve, par conséquent, qu'il y ait eu autre chose qu'une simple coïncidence. Des fractures ou des contusions avaient eu lieu chez d'autres sujets, mais à une époque beaucoup trop éloignée pour qu'on pût même soupçonner qu'elles avaient quelque part à la production de la sciatique.

Enfin, je dois dire un mot des affections vénériennes éprouvées par nos malades. Cirillo a, comme on sait, décrit une sciatique syphilitique (1); il importe donc de savoir si, parmi les cas que je possède, quelques uns pourraient être rangés dans cette catégorie. Soit dans les observations de M. Martinet, soit dans celles que nous avons recueillies M. Louis et moi, je n'en trouve que huit qui indiquent l'existence d'une maladie syphilitique antérieure à la sciatique. Les sujets, tous du sexe masculin, n'avaient eu que des accidents primitifs. Ils étaient parfaitement guéris depuis long-temps et ne présentaient ni exostoses, ni tumeurs d'aucune espèce, soit dans le trajet du nerf malade, soit ailleurs. Les douleurs qu'ils éprouvaient n'étaient pas plus souvent augmentées la nuit, que chez les autres, et la maladie céda au traitement ordinaire.

Je ne doute pas que la maladie syphilitique n'ait été un peu plus fréquente chez nos sujets, et que les renseignements seuls aient manqué dans quelques cas; mais ce

(1) *Osservazioni pratiche intorno à la lue venerea, del dott. Domenico Cirillo.* Napoli, 1783, articolo VI, *della sciatica*, p. 69.

qui vient d'être dit me paraît suffire pour démontrer qu'il n'y avait aucune liaison entre cette maladie spécifique et l'affection nerveuse.

Saisons. — Le tableau suivant mettra sur-le-champ sous les yeux du lecteur la proportion des cas observés dans les divers mois de l'année :

MOIS.	NOMBRE DES CAS.
Janvier.	17
Février.	5
Mars.	8
Avril.	5
Mai.	5
Juin.	5
Juillet.	
Août.	3
Septembre.	7
Octobre.	5
Novembre.	7
Décembre.	4
Total. . . .	79

J'ai pris, pour dresser le tableau, l'époque du début de la maladie, dans tous les cas où il a été permis de le fixer d'une manière bien précise. Les trois mois d'hiver sont, comme on le voit, de beaucoup les plus chargés, puisqu'ils renferment les deux cinquièmes des cas. Mais les proportions deviennent plus significatives encore, lorsqu'on réunit les six mois les plus froids de l'année, c'est-à-dire depuis novembre jusqu'à avril, pour les comparer aux six autres ; car on a alors pour les premiers, quarante-neuf cas, et trente seulement pour les seconds ; en d'autres termes, la sciatique s'est manifestée chez plus des trois cinquièmes des sujets pendant les six mois de froid. Je reviendrai sur ce sujet dans l'article suivant.

§ II. Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont plus difficiles encore à
pprécier que les causes prédisposantes. Il semble néan-
noins, qu'avec le nombre de faits que j'ai recueillis, on
evrait arriver à des résultats au moins probables. Mais
nalheureusement, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois,
s observations publiées par les auteurs manquent trop
ouvent de détails. On n'est jamais mieux convaincu de
ette vérité que lorsqu'on a essayé de résoudre quelque
uestion importante, à l'aide des faits qu'ils nous ont
issés.

Je vais commencer la recherche de l'espèce de causes
ont il s'agit, par l'examen des observations recueillies
ar M. Louis et par moi, les seules où je trouve des ren-
eignements suffisants.

Froid. — Dans cinq cas sur trente-six, on peut at-
ibuer la production de la névralgie à un refroidis-
ment plus ou moins prolongé. Les malades, après
voir couché sur l'herbe mouillée, ou s'être exposés
un courant d'air, ou avoir eu les jambes dans l'eau,
u enfin après un bain froid, ont été pris, soit immé-
iatement, soit au bout de quelques heures, des pre-
nières douleurs sciatiques, qui ont ensuite persisté et
ugmenté d'intensité. Cinq sujets éprouvèrent leurs pre-
nières douleurs en faisant des mouvements brusques,
un en se retournant vivement, deux autres en se met-
ant au lit, et deux en soulevant un fardeau. Dans ces
as, les douleurs commencèrent par la hanche. Une cui-
nière fut prise de la sciatique après plusieurs jours
'une grande fatigue.

Plusieurs autres malades *attribuaient* leur névralgie

au froid humide qu'ils avaient éprouvé dans diverses circonstances; mais comme un temps assez long s'était passé entre l'action de la cause et l'effet prétendu, il n'était pas permis d'avoir confiance dans leurs assertions. Ainsi donc, dans trente-six cas, il n'en est que douze, ou le tiers, qui nous présentent une cause occasionnelle assez probable. On pourrait, à la rigueur, y joindre le malade qui fut pris de sciatique pendant le traitement de sa fracture de cuisse.

Des observations fournies par les autres auteurs, vingt et une seulement indiquent, d'une manière sommaire, la cause occasionnelle; en voici le relevé :

Refroidissement plus ou moins prolongé, suivi immédiatement, ou peu d'heures après, des premières douleurs.	10
Douleur subite en se redressant.	2
Contusion sur la cuisse malade.	1
Total. . . .	13

Ici, nous trouvons le refroidissement dans la grande majorité des cas; mais il ne faut pas oublier que c'est là une cause sur laquelle on interroge le plus fréquemment les malades, et que l'on note avec le plus de soin. Il est probable que si l'interrogatoire avait été toujours bien fait, la proportion serait moindre. Quoi qu'il en soit, la promptitude avec laquelle les douleurs se sont manifestées après l'action du froid, et le rapport frappant qu'il a paru y avoir, dans tous les cas, entre la cause et l'effet, doivent nous faire admettre cette cause comme la mieux démontrée de toutes celles qui peuvent produire la névralgie sciatique. On en sera encore plus convaincu si l'on se rappelle ce qui a été dit à l'occasion de l'influence des saisons. Nous avons, en effet, trouvé que la sciatique était plus fré-

quente dans les mois froids de l'année, c'est-à-dire lorsque les causes de refroidissement sont aussi le plus fréquentes. Ces considérations, prises de l'action de deux causes de différentes espèces, me paraissent importantes, en ce que les résultats se confirment réciproquement, et que l'influence de ces causes, quoique fondée sur un nombre de faits peu considérable, se trouve, par là, assez bien établie.

Il est à remarquer que dans la plupart des cas où le refroidissement a été noté comme cause, il n'a point été subit. Deux fois seulement il est indiqué comme tel dans les observations de M. Martinet. On comprend dès lors que plusieurs malades aient laissé passer inaperçue une cause agissant avec lenteur. Mais n'insistons pas sur de simples conjectures, quelques motifs que nous ayons de les croire fondées.

Frank (1) a résumé assez complétement les causes qui ont été assignées à la névralgie sciatique. Ce sont, parmi les *causes prédisposantes*, 1° la position superficielle du nerf qui l'expose à l'action des causes externes (injuriis externis); 2° la laxité de la gaîne du nerf qui permet aux matières morbifiques de se déposer entre elle et lui; 3° le grand nombre de ses artères, favorable au développement de l'inflammation; 4° le sexe masculin; 5° Frank ajoute qu'aucun des deux côtés n'est plus disposé que l'autre à contracter la maladie, et que *jamais* elle n'occupe les deux côtés à la fois.

De toutes ces causes prédisposantes, la première et la quatrième doivent être seules admises. Quant à la seconde et à la troisième, leur existence est uniquement fondée sur la théorie de Cotugno. Il n'est pas permis de se pro-

(1) *Loc. cit.*, p. 210.

noncer positivement sur la prédisposition de l'un et de l'autre côté, ainsi qu'on l'a vu à l'article *Siége;* mais on sait que la dernière proposition de J. Frank est complétement erronée, puisque les cas de névralgie sciatique double s'élèvent au nombre de quatorze sur cent trois.

Parmi les causes occasionnelles, J. Frank place: 1° les blessures, les contusions; 2° le refroidissement des membres inférieurs, surtout quand on se couche sur le sol humide, le corps étant échauffé; 3° la métastase morbilleuse; 4° la suppression des hémorroïdes, des lochies, de la sécrétion laiteuse; 5° surtout le vice arthritique; 6° la piqûre du nerf saphène, dans la saignée pratiquée sur la veine du même nom; 7° les lésions de l'utérus, ou le trouble de ses fonctions (*vitiis uteri*).

De ces causes, la deuxième a paru suffisamment démontrée dans nos observations; et la première est au moins probable. Quant aux autres, rien ne prouve leur efficacité. Des cas de névralgie par piqûre du nerf saphène sont cités par Sabatier, et c'est d'après eux que J. Frank a signalé cette cause trop facile à apprécier pour qu'on puisse révoquer en doute son existence.

Je ne chercherai pas à faire l'application à la sciatique, de toutes les causes qu'on a assignées aux névralgies en général; mais si on se rappelle le nombre considérable que les auteurs en ont signalé, on sera peut-être étonné de voir combien peu nous pouvons en reconnaître. Cet étonnement cessera néanmoins bientôt, si on réfléchit que je n'ai voulu admettre aucune cause, sans m'assurer préalablement qu'elle était l'expression des faits, et non une coïncidence. Les auteurs ont, au contraire, admis pour cause, la circonstance principale qu'ils ont trouvée

dans chaque fait, sans rechercher s'il y avait entre cette circonstance et la production de la névralgie, autre chose qu'une réunion fortuite chez un même sujet. C'est ainsi, par exemple, que J. Frank attribue la maladie à une métastase morbilleuse observée chez une jeune fille ; à la suppression des hémorroïdes, etc.; sous ce rapport, la sciatique a eu le même sort que les autres maladies, auxquelles on a trouvé, de cette manière, ces mille causes banales qui rendent si souvent l'étiologie ridicule.

§ III. Nature de la maladie.

C'est surtout à propos de la névralgie fémoro-poplitée, que la nature des névralgies a été l'objet de longues dissertations et d'ardentes controverses. Je dois donc exposer et apprécier les principales opinions des auteurs. Jusqu'à ces dernières années, on était convaincu que la névralgie sciatique était due à la déposition autour du nerf d'une matière morbifique quelconque. Rivière, Fernel, Boerhaave, Cotugno, Cirillo, n'élèvent aucun doute à cet égard. Mais tandis que Fernel (1) fait voyager l'humeur des parties externes de la tête aux membres, en passant sous la peau, Boerhaave (2) pense qu'elle est produite sur place, et qu'elle dépend plutôt d'un vice des artères que d'une lésion du nerf. Cotugno croit que la maladie peut se produire de la manière indiquée par Boerhaave, mais il croit aussi que le liquide plus ou moins âcre, qui vient entourer le nerf, peut venir du canal rachidien. Son huitième chapitre est, en effet, intitulé: « Caussa ischiadico

(1) *Loc. cit.*, cap XVIII.
(2) Van Swieten, *Commentarii*, t. I, p. 67. — Leyde 1761.

nervo dolorem inferens acris est materia in ejus vaginis residens, quæ venit ad vaginas, vel a spinæ cavo, vel a propriis arteriis. » Cet auteur pense que la douleur est d'abord due à l'*inflammation* causée par la présence de cette matière âcre, mais que, plus tard, les symptômes et la paralysie consécutive, doivent être rapportés à une compression du nerf, exercée par le liquide renfermé dans sa gaîne. Beaucoup d'auteurs, jusqu'à J. Franck, ont adopté cette théorie, sans apporter d'autres faits que ceux qui ont été fournis par Cotugno.

Cirillo, qui admettait une névralgie sciatique vénérienne, ne peut concevoir comment, dans ce cas, il pourrait exister dans la gaîne du nerf un *liquide* âcre, puisque, dit-il, c'est le propre de la maladie vénérienne (1) de rendre la lymphe plus dense, et non plus subtile, ce qui l'empêche de se transporter d'un lieu dans un autre. C'est à la suite de cette discussion, que Cirillo cite l'autopsie d'un homme (2) qui avait éprouvé, pendant plusieurs mois, dans *la moitié inférieure du corps*, des douleurs atroces accompagnées d'atrophie et de paralysie incomplète. On trouva *tous les nerfs qui se rendent aux membres inférieurs*, aug-

(1) Io per me mentre ammiro l'ingegnosa dottrina della linfa acrimoniosa, che rende particolarmente idropiche le guaine del nervo crurale, e che cacciata per mezzo del vescicatorio, o per effetto dell' ustione, guarisce eradicativamente la malattia, confesso di non intendere come una cagione opposta, possa risvegliare il medesimo sintomo. Il veleno venereo *non assotiglia la linfa, ma la rende densissima e difficile a trasportarsi da uno in altro luogo.* (Loc. cit., p. 71.)

(2) L'osservazione fatta nel cadavere d'un uomo, il quale per molti mesi avea sofferto atrocissimi dolori nella metà inferiore del corpo, accompagnati da atrofia e de una imperfetta paralisi, ci dimostrò, che tutt' i nervi che vengono agl' arti inferiori erano ingrossati, non solo più del terzo di quello, che la loro naturale constituzione avrebbe portato, ma tutta lora sostanza era tanto tenace, ferma, e soda, quanto avrebbe potuto essere la sostanza d'un fortissimo tendine. (*Loc. cit.*, p. 73.)

nentés de plus d'un tiers de leur volume naturel, et eur substance avait une ténacité, une fermeté et une olidité telles, qu'on pouvait la comparer à la substance l'un très fort tendon. Je n'élèverai aucune discussion ur une lésion anatomique si peu commune, mais je ferai emarquer que les douleurs et cet état particulier des nerfs existaient, non pas dans un des deux membres, non pas même dans le trajet des deux nerfs sciatiques, mais dans *la moitié inférieure du corps;* que la paralysie et 'atrophie occupaient également toute cette étendue ; et e demanderai s'il est possible de rapporter une semblable affection à la névralgie sciatique? Évidemment, il y a eu, dans ce cas, erreur complète de diagnostic. C'est pourtant là un fait qui a été cité et reproduit, sans qu'il se soit élevé le moindre doute sur sa valeur.

Enfin, dans ces derniers temps, la présence d'une légère rougeur dans le tissu des nerfs a fait regarder la sciatique comme une irritation ou une inflammation, soit du nerf, soit de sa gaîne. Je ne parle point des varices, parce que, même en les supposant intimement liées à a névralgie, ce qui n'est point, comme on l'a vu plus haut, on ne pourrait les considérer comme formant l'essence même de la maladie.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit au sujet de l'anatomie pathologique, on sera convaincu que les recherches anatomiques ne nous ont nullement instruit sur la nature de cette affection. Ainsi, bien que tous les cas où l'on a pu découvrir quelque état anormal aient été recueillis avec grand soin, ils ne sont pas plus nombreux que ceux dans lesquels on n'a absolument rien trouvé. D'un autre côté, j'ai fait voir que quelques unes de ces lésions avaient été mal appréciées, et enfin, la variété même de ces lésions

suffit pour prouver qu'aucune d'elles ne constitue le caractère anatomique essentiel de la maladie. Relativement à l'inflammation, on ne peut s'empêcher de remarquer que dans les cas de plaie intéressant un nerf, et s'accompagnant d'un violent travail inflammatoire, la douleur, même lorsqu'elle est très vive, ne revêt pas les caractères de la névralgie, tels que je les ai décrits. En pareil cas, cependant, toutes les circonstances se réunissent pour favoriser l'inflammation du nerf. Enfin, on n'a pas trouvé dans l'organe lui-même ou dans sa gaine le produit ordinaire de la véritable inflammation : le pus.

Il est donc démontré pour nous que la névralgie sciatique, comme les autres, est due à un état du nerf qui ne peut être découvert par le scalpel, et qui ne se manifeste que par une lésion de fonctions des mieux caractérisées. Est-ce à dire pour cela que les douleurs névralgiques ne peuvent pas être excitées par la présence de quelques produits morbides, et notamment par les tumeurs appelées névrômes, ou par une altération du nerf lui-même ? Non sans doute, puisque j'ai cité un fait (observ. I.) dans lequel une tumeur était évidemment la cause des douleurs ; mais en admettant qu'en pareil cas les douleurs constituaient une névralgie véritable, on doit regarder le corps étranger ou la lésion, comme cause déterminante des douleurs, et les ranger dans la même classe que les contusions ou toute autre violence extérieure.

ART. VII. DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

§ Ier. Diagnostic.

Les caractères de la névralgie sciatique sont tellement tranchés, que dans l'immense majorité des cas on ne peut

prouver aucune difficulté dans son diagnostic. Mais il
t des cas qui, s'éloignant plus ou moins de la règle
nérale, et se rapprochant de quelques autres maladies
nt le siége est dans les membres inférieurs, peuvent,
non dans tout le cours de la maladie, au moins à une
rtaine époque, laisser quelques doutes dans l'esprit de
observateur. Il importe donc d'indiquer les moyens
éviter toute erreur dans ces cas difficiles.

1° *Le rhumatisme articulaire* borné aux membres
férieurs, diffère assurément beaucoup de la névralgie
iatique; cependant j'ai sous les yeux un fait dans lequel
n a pu être un instant indécis sur le diagnostic. Il est
sez intéressant pour être présenté ici.

CINQUANTE-UNIÈME OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire et névralgie sciatique marchant ensemble.

Debais-Humann, Pierre, âgé de 29 ans, assez bien con-
tué, d'un embonpoint moyen, habituellement pâle, habite
ris depuis quatorze ans. En 1833, étant garçon de café,
eut, dit-il, une fièvre cérébrale, suite d'excès. Depuis il
changé de profession, et exerce aujourd'hui celle d'éta-
eur. Il est habituellement bien portant, et n'a pas eu d'au-
maladie que celle qui a été indiquée plus haut.

Il travaille dans un atelier humide et très froid, où ne
nètre pas le soleil; sa nourriture est habituellement saine;
boit un peu de vin.

Le 3 février, après s'être fatigué à travailler les jours pré-
dents, et avoir été exposé à un courant d'air, étant en
eur, il éprouva, en revenant de son travail, une douleur
a partie postérieure de la cuisse droite, avec tendance à
chir le membre. Cette douleur consistait en picotements

(1) Recueillie par M. le docteur Legrais, alors interne à l'Hôtel-Dieu.

et élancements, disparaissant, puis revenant par intervalles. Le 6 février, une douleur semblable, mais moins violente, se faisait sentir dans le membre gauche.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 8 février, le malade se plaint de ressentir, dans le trajet du nerf sciatique droit, une douleur très vive, qui s'étend depuis la tubérosité de l'ischion, jusqu'au creux du jarret, et de là se porte en dehors, en suivant le trajet du nerf poplité externe, jusqu'à la malléole externe. Cette douleur consiste en picotements et élancements dans le trajet du nerf, mais elle présente plus d'intensité dans la portion crurale ; dans tous les points de cette partie du nerf, elle offre la même intensité ; elle vient par accès, qui durent une heure environ, puis elle disparaît pendant quelques heures, pour revenir ensuite. Dans l'intervalle des accès, les mouvements imprimés au membre font renaître la douleur ; la pression sur le trajet du nerf est fort douloureuse, et spécialement dans la région crurale. Le malade éprouve une douleur semblable, et présentant les mêmes caractères d'intermittence, dans la portion *crurale* seulement du nerf sciatique gauche ; la pression sur le nerf est aussi douloureuse.

En outre, on trouve un gonflement avec rougeur dans l'articulation de la dernière phalange du pouce, du côté droit ; ce gonflement est douloureux. La chaleur de la peau est à peu près naturelle ; il n'y a pas de fièvre ; l'appétit est conservé, et les fonctions ne présentent pas de trouble notable.

Le 9 *au matin.*—Le malade est plus souffrant que la veille ; indépendamment de ses douleurs dans le trajet des nerfs sciatiques, il souffre beaucoup, au-dessous du ligament rotulien, au niveau de la tubérosité du tibia, à droite ; ni rougeur, ni gonflement. La pression sur ce point, augmente la douleur ; pas de mouvement fébrile. (*Prescription : Potion avec térébenthine* 30 *grammes, et miel rosat* 90 *grammes ; friction avec un liniment de térébenthine et de miel rosat, parties égales ; bourrache ;* 1/2 *d'aliments.*)

Le 10 *au matin.* — Le malade n'a pas dormi cette nuit ;

souffre plus qu'hier. Douleur très vive à la partie supé-eure de la crête du tibia, des deux côtés, mais surtout à roite; la douleur le long des nerfs sciatiques est moins vio-nte; elle a toujours la même étendue et les mêmes caractères. e malade a été pris cette nuit d'une douleur assez vive, n avant et au-dessus du poignet droit; la douleur du pouce a resque entièrement disparu. Peu d'appétit; la soif est peu rononcée; trois selles liquides depuis hier. La chaleur de la eau est un peu augmentée; pouls assez plein, résistant, o pulsations. (*Même prescription.*)

Le 10 *au soir.* — Douleurs vives dans le poignet, le coude l'épaule droite, avec un léger gonflement; douleurs au-essous des deux genoux. Bruits du cœur normaux; pouls rt, assez fréquent; chaleur assez vive.

Le 11 *au matin.* — Amélioration depuis hier. Le malade uffre moins dans les articulations; les douleurs dans le ajet des nerfs sciatiques ont presque complétement disparu. ouls assez fréquent, résistant; peau chaude; céphalalgie. *Bourrache; cataplasmes; saignée de 3 palettes.*)

Le 12 *au soir.*—Le sang présente un caillot assez résistant une couenne épaisse. Le malade souffre plus qu'hier dans épaule et dans le poignet; gonflement de l'avant-bras; ouleurs dans les articulations de la tête avec la colonne ver-brale. Les douleurs existant dans les genoux et le long des rfs sciatiques ne se font presque plus sentir. Peau chaude; uls dur, plein, 80 pulsations. Dégoût pour les aliments, ande soif; langue couverte d'un léger enduit grisâtre à base; bouche pâteuse. (*Nouvelle saignée qui le lendemain ésente une couenne épaisse.*)

Le 13 *au soir.* — Amélioration assez marquée; les dou-urs sont beaucoup moins vives, excepté dans les articu-tions cervicales; un peu de douleur à la malléole interne i pied gauche. Chaleur naturelle; rien du côté du cœur. *ourrache; bain; cataplasme; une soupe.*)

Le 14. — Le malade souffre dans le bras droit, au-des-

sous de l'épaule ; encore quelques douleurs, mais très légères, dans le trajet des nerfs sciatiques. Appétit ; soif un peu augmentée. Le malade a dormi la nuit dernière. (*Bourrache ; 2 cataplasmes ; le quart.*)

Le 15. — Plus de douleur rhumatismale. On voit revenir une douleur assez vive dans le trajet crural seulement du nerf sciatique du côté droit.

Le 16. — Même état ; la douleur sciatique augmente ; élancements. Depuis la tubérosité sciatique jusqu'au creux du jarret, douleur augmentant par la pression. Appétit ; soif.

Le 17. — On applique un vésicatoire sur le trajet du nerf, à peu près à sa partie moyenne.

Le 18. — Le malade ne ressent plus de douleur dans le trajet du nerf ; plus d'élancements ; il n'éprouve plus dans cette région que la douleur occasionnée par le vésicatoire.

Le 20. — Douleur nulle dans la cuisse droite. Le malade a voulu se lever, et il a éprouvé une douleur dans la cuisse gauche, derrière le grand trochanter, seulement dans un point très limité. (*Il mange les trois quarts.*)

Le 21. — Douleur légère dans toute la portion crurale du nerf sciatique du côté gauche.

Le 23. — Le malade n'éprouve plus aucune douleur, et il sort, tout-à-fait rétabli, le 26 février.

On ne saurait trouver un cas plus remarquable, et peut-être n'en existe-t-il pas un semblable dans la science. Nous y voyons, en effet, un homme affecté, après un travail forcé et un refroidissement, de douleurs qui par leur forme et par leur siége ne pouvaient se rapporter qu'à la névralgie sciatique, puisqu'elles consistaient en picotements, en élancements dans le trajet du nerf, et que de plus la pression ainsi que les mouvements étaient douloureux. Cependant, dès les pre-

iers jours, il y avait du gonflement, de la rougeur
de la chaleur dans une articulation du pouce droit.
lais il était bien permis de négliger un état mor-
ide aussi borné, pour s'occuper exclusivement de la né-
ralgie, surtout en l'absence de tout mouvement fébrile.
'est ce qui fut fait, comme le prouve la prescription
es premiers jours, où la térébenthine forma la base du
aitement.

Mais bientôt l'état des choses changea complétement.
es douleurs articulaires dans les poignets, les coudes,
s épaules, les vertèbres cervicales, et même les genoux,
inrent occuper presque exclusivement l'attention, et
vec d'autant plus de raison, qu'il y avait en même
mps, du gonflement dans plusieurs de ces articulations,
qu'un mouvement fébrile évident, quoique modéré,
e tarda pas à se manifester. Alors on put croire que le
remier diagnostic avait été erroné, et que les douleurs
es membres inférieurs n'avaient été que le prélude de la
aladie articulaire : fait exceptionnel, sans doute, mais
ui paraissait évident d'après la marche de la maladie.
nfin, après un traitement assez énergique dirigé contre
rhumatisme, les douleurs des articulations disparurent,
la névralgie reprenant un nouveau développement, se
ontra sans aucun mélange.

On ne peut douter que, dans ce cas, deux mala-
es distinctes n'aient marché concurremment, l'une ou
autre ayant une prédominance plus ou moins marquée
ux diverses époques de la maladie. Ce fait, au reste,
rouve, en définitive, combien sont différents les carac-
res de ces deux maladies, puisque, aux époques mêmes
ù elles auraient pu paraître confondues, elles se révé-
ient chacune par des symptômes particuliers.

Barthez (1) a admis une espèce de sciatique qui est due au vice arthritique; on peut se demander si, dans ce cas, il existait une névralgie semblable. Mais on ne saurait s'arrêter à cette supposition, quand on réfléchit que les remèdes dirigés contre l'affection arthritique en ont facilement triomphé, tandis que les symptômes névralgiques ont pris une nouvelle vigueur, et qu'il a fallu employer contre eux des moyens tout différents. Ce fait n'est donc pas plus favorable à la théorie de Barthez, que tant d'autres qui prouvent qu'entre les affections arthritiques et les névralgies, il y a un immense intervalle.

2° On a pu, quelquefois, confondre *la coxalgie* avec la névralgie sciatique; témoin la vingtième observation de de M. Martinet (2), dans laquelle une coxalgie à marche très chronique fut prise, au moins dans les derniers temps, pour une sciatique rebelle.

Il semble, après avoir lu le diagnostic posé par Rivière, Cotugno, etc., que les symptômes sont trop différents pour qu'on puisse commettre de telles méprises. Mais ces auteurs n'admettaient pas de névralgies sciatiques bornées à la hanche, tandis que nous en avons vu des exemples, et l'on conçoit que, dans des cas semblables, la névralgie (*ischias notha* de Riolan, *ischias nervosa* de Cotugno), peut, si elle n'est étudiée avec soin, en imposer pour une coxalgie, ou *coxendicum morbus* d'Hippocrate (*ischias vera* de Riolan, *ischia arthritica* de Cotugno), et réciproquement. Bien plus, il est démontré, par un grand nombre de faits que, dans la coxalgie, les douleurs ne restent pas ordinairement li-

(1) *Traité des malad. goutteuses.* Paris, 1802, t. II, chap. v et suiv.
(2) *Loc. cit.*, p. 51.

nitées à la hanche, mais viennent retentir à la partie xterne du genou, lieu où, comme on le sait, existe très équemment un point douloureux dans la névralgie fémoro-poplitée.

Pour mieux faire saisir les rapports et les différences e ces deux affections, je vais rapporter une observaon de coxalgie, dans laquelle cette maladie en a imposé 'abord pour une névralgie sciatique. Ce sera le meileur moyen d'établir le diagnostic.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

oxalgie prise dans les premiers temps pour une névralgie sciatique; mort; altération profonde de l'articulation coxo-fémorale.

Une fille de 20 ans, journalière, d'une bonne constituon, ordinairement bien portante, bien réglée, est enée à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de clinique, le 27 octo-e 1838. A Paris depuis cinq mois, elle a eu une bonne ourriture, et a toujours couché dans une chambre sèche et en aérée; jamais elle n'avait eu de douleurs semblables à lles dont elle se plaint aujourd'hui. Celles-ci ont commencé se faire sentir il y a environ deux mois, et dès le début, les ont occupé le membre inférieur gauche, depuis la hane jusqu'au genou; augmentées dans les premiers temps par chaleur du lit, elles étaient surtout vives dans les mouveents et dans la marche; depuis quelques jours, elles avaient u soit que la malade marchât, soit que la malade restât sise et dans l'immobilité.

Les premiers jours, on put constater une douleur à la preson et pendant les mouvements, au niveau de l'épine iliaque itérieure et supérieure; un autre point semblable existait r la fesse gauche, un peu en arrière du grand trochanter, un troisième en dehors du genou, derrière la tête du péné. La marche était impossible, à cause de la douleur qui

se faisait sentir dans toute la cuisse. Les secousses de la toux retentissaient douloureusement jusque dans le pied.

Il était survenu, depuis le début de la maladie, un amaigrissement qui faisait des progrès lents ; l'appétit était presque perdu, la langue collante, molle ; il y avait une soif assez vive ; le pouls avait toujours plus de 100 pulsations ; on observait, en un mot, tous les symptômes d'une fièvre lente.

L'application de quelques ventouses scarifiées et de quatre vésicatoires placés à la hanche ou derrière la tête du péroné et pansés avec l'hydrochlorate de morphine, amena, au bout de trois semaines, une amélioration notable. La douleur à la pression existait à peine, et celle qu'occasionnaient les mouvements était beaucoup diminuée. Le 13 décembre, un érysipèle se déclara sur la face ; il envahit successivement la tête et les épaules, et le 20, cet érysipèle étant sur son déclin, on constata, dans le membre malade, l'absence de douleur à la pression, et la possibilité des mouvements. Quelques jours après, les douleurs reprirent graduellement leur ancienne acuité ; elles se fixèrent dans l'articulation coxo-fémorale, où elles étaient telles, qu'on ne pouvait pas imprimer le plus léger mouvement au membre. La pression, douloureuse derrière le grand trochanter, l'était bien plus encore quand on pressait sur cette éminence de manière à comprimer les parties profondes de l'articulation. Insomnie ; fièvre hectique, marasme. Dès l'instant où les douleurs prirent ces caractères, toute incertitude sur le diagnostic cessa, et la coxalgie fut reconnue. Une pneumonie emporta la malade, environ deux mois après.

A l'autopsie, on trouva un pus grumeleux dans l'articulation de la hanche ; la surface interne de la capsule était tapissée par une exsudation membraneuse ; il y avait une destruction partielle du ligament rond ; les cartilages étaient ramollis, et le fond de la cavité cotyloïde érodé.

Quoique cette observation ait été recueillie dans tous

ses détails, je ne l'ai donnée ici que sous forme d'extrait, parce que l'erreur de diagnostic, qui a été commise dans les premiers temps de la maladie, était le seul point qui dût fixer notre attention. On ne peut nier, après avoir pris connaissance des symptômes, que cette erreur ne fût facile; mais voyons si on aurait pu l'éviter.

Dès le début, les douleurs occupèrent le membre depuis la hanche jusqu'au genou; cette étendue du siége apparent de la maladie, suffisait-elle pour faire admettre une névralgie plutôt qu'une coxalgie? Non, sans doute, si ce signe eût été seul, car chacun sait que, dans cette dernière maladie, la douleur, née dans l'articulation coxo-fémorale, retentit ordinairement dans le genou. Mais il y avait des points douloureux à la pression et pendant les mouvements, non seulement au niveau de l'articulation et dans le genou, mais encore vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, et derrière la tête du péroné. Bien plus, dans les secousses de la toux, la douleur s'étendait jusqu'au pied. C'en était assez, sans doute, pour que l'observateur pût croire à l'existence d'une névralgie sciatique, car un coup d'œil jeté sur les faits épars dans la science, convaincra que souvent on s'est contenté de signes moins positifs.

Comment donc aurait-on pu reconnaître l'existence de la véritable maladie? Je pense qu'à l'aide d'une exploration faite suivant les préceptes exposés plus haut, et en ayant égard à l'état général de la maladie, on serait arrivé à un diagnostic plus exact. Si, en effet, on avait suivi la douleur dans toute l'étendue du nerf, si on avait établi une distinction entre la douleur lancinante et la douleur gravative, si on avait fait exécuter au membre des mouvements propres à faire reconnaître le siége des

douleurs, on serait parvenu, je n'en doute pas, à reconnaître la coxalgie; et l'état de dépérissement et de fièvre serait venu confirmer le diagnostic, car il n'appartient nullement à la sciatique.

3° *Le rhumatisme musculaire* affecte quelquefois une plus ou moins grande étendue de la cuisse ou de la jambe. Dans ce cas, y a-t-il quelque difficulté pour distinguer les douleurs produites par cette maladie, de celles que cause la sciatique? Je ne le pense pas. Dans le rhumatisme musculaire, plusieurs muscles sont presque toujours affectés; la douleur est vive, lorsque ces muscles entrent en contractions, plutôt que dans tout autre mouvement; la pression est douloureuse dans une grande étendue de la cuisse ou de la jambe, et non pas exclusivement dans le trajet du nerf; la douleur contuse et permanente a également une largeur assez considérable; le malade, au lieu d'indiquer avec le bout du doigt la trace de la douleur de la hanche vers le pied, la signale vaguement dans une grande partie du membre et avec toute la main. Les élancements, s'il en existe, n'ont pas de trajet déterminé. J'ai vu à l'hôpital de Lourcine un cas de ce genre, dans lequel ces différences étaient on ne peut plus marquées.

4° Dans la *paraplégie*, suite d'affections de la moelle épinière, on observe des douleurs de différentes natures, dans les membres inférieurs. Ce qui les distingue des douleurs produites par la sciatique, c'est 1° leur siége: elles occupent principalement la plante des pieds, la partie moyenne des membres, et se font sentir des deux côtés; 2° leur forme: elles consistent en fourmillements et en picotements semblables à des piqûres d'aiguilles,

lutôt qu'en élancements, et en une douleur sourde dans
ivers points; et 3° leur intensité, qui est moindre que celle
es douleurs sciatiques. Il faut joindre à ces signes, l'ab-
nce de douleur causée par les mouvements; la roideur
es membres, leur paralysie, l'embarras de la défécation
on et de la mixtion, symptômes qui n'appartiennent
as à la névralgie sciatique. Dans les cas très graves et
ès anciens de cette dernière maladie, il existe quelque-
is, il est vrai, une semi-paralysie décrite par Cotugno;
ais, outre qu'elle n'a, dans aucun cas authentique,
ffecté les deux membres, elle est toujours moins pro-
oncée que dans les affections de la moelle. Ce point, au
ste, est fort bien résumé par J. Frank; il dit (1):

Rachialgia lumbaris.	*Neuralgia ischiadica.*
Ambo plerumque femora magis *mbecillitate,* quam cruciatibus ten-antur.	*Unum* afficitur femur magis *dolore* excruciatum, quam imbecillitate.

Bien que ces signes paraissent évidents, la confusion
ntre les deux maladies a été faite quelquefois; j'en ai
onné un exemple dans l'observation de Cirillo précé-
mment citée. Cependant, il eût suffi d'un peu d'atten-
on pour éviter l'erreur. Mais on doit se rappeler que j'ai
ouvé une névralgie sciatique chez quatre sujets affectés
une paraplégie occasionnée par une affection de la
oelle; dans ces cas, le diagnostic offrait-il de plus grandes
fficultés? Nullement, comme on a pu s'en convaincre
ar ce qui a été dit dans plusieurs des articles précé-
nts. Les symptômes de névralgie sciatique n'étaient que
mporaires; ils revenaient à des intervalles irréguliers;
avaient été précédés des symptômes de l'affection de

(1) *Loc. cit.*, p. 214.

la moelle, lesquels restaient toujours évidents dans les intervalles, et conservaient leurs caractères particuliers, qui venaient seulement s'ajouter à la maladie principale, sans rien changer à ses signes.

5° Il est une dernière maladie sur laquelle il règne encore beaucoup d'obscurité, et qui, néanmoins, par son siége et sa nature, mérite qu'on cherche à la distinguer avec soin de la névralgie : c'est la *névrite*. Comme je possède précisément l'observation d'un cas qui m'a paru offrir les signes d'une névrite sciatique, je crois devoir la présenter avant d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet.

CINQUANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Douleurs violentes dans le trajet du nerf sciatique, et paralysie du pied, après un accouchement laborieux.

La nommée Petit, Adélaïde, âgée de 37 ans, journalière, fut apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, le 12 novembre 1838.

Elle n'a jamais éprouvé de maladie qui l'ait forcé à rester au lit plus de deux ou trois jours, si ce n'est une petite vérole légère à l'âge de 16 ans, et la fausse couche dont il sera question plus loin. Première éruption de règles à 10 ans; elle ne se renouvelle qu'un an après, pour revenir régulièrement et abondamment; quelques flueurs blanches avant chaque époque menstruelle. A Paris depuis deux ans, la malade y a toujours habité une chambre sombre et très humide. Mariée à 20 ans, elle a eu huit enfants venus à terme, et une fausse couche. Sa fausse couche fut suivie de fièvre et de douleurs dans le bas-ventre, qui la retinrent six semaines à l'hôpital; aucun accident après ses autres couches, jusqu'à la dernière, qui eut lieu il y a un mois et demi. Elle croyait son terme passé depuis plus d'un mois. Le travail fut lent et

fficile; trente-six heures après les premières douleurs, on
t forcé d'appliquer le forceps à plusieurs reprises. L'enfant
ait un garçon très gros; il se présenta par la tête; il vit
core. Pendant cette opération, la malade souffrit beau-
up. La perte de sang ne fut pas abondante. Des douleurs
ves persistèrent dans le bassin et les lombes, et peu de
urs après, se portèrent dans le trajet du nerf sciatique, du
té où elles existent aujourd'hui. Il y a huit jours, les dou-
urs des lombes se calmèrent, après l'application de 95 sang-
es en quatre fois; mais celles de la cuisse et de la jambe
nservèrent leurs caractères et leur intensité. Des élance-
ents violents partant de la hanche pour se porter jusqu'au
ed, se reproduisaient si fréquemment, surtout la nuit,
n'ils arrachaient des cris continuels à la malade, et la pri-
ient de sommeil. Tous les mouvements étaient douloureux;
e ne pouvait pas s'appuyer un seul instant sur le membre
ecté. Pendant les six dernières semaines, il y eut une perte
esque complète de l'appétit.

Ces symptômes persistèrent au même degré à l'hôpital,
puis le 12 novembre jusqu'au 20, époque à laquelle je
mmençai à observer la malade. Le traitement employé
que là, avait consisté en bains prescrits tous les deux ou
is jours, et de deux heures de durée. Du chiendent sucré,
lait, et 1/4 d'aliments complétaient la prescription.

Le 20 novembre. — Taille moyenne, maigreur assez pro-
ncée, face un peu ridée, peau blanche et fine, sourcils
cheveux châtains et médiocrement abondants; aucune trace
scrofules. Le bassin est assez vaste; mais l'apophyse
ique antérieure et supérieure fait une saillie beaucoup
us considérable du côté droit que du côté gauche. Douleur
e et continue le long du trajet du nerf jusqu'aux orteils;
ais elle se fait sentir avec plus de vivacité au milieu du
ollet, un peu en dehors du péroné, à 5 ou 6 centimètres
-dessus de la malléole, et aux orteils, où elle est à son
ximum. Dans tous ces points, la pression est extrêmement

douloureuse ; elle l'est aussi un peu dans les intervalles, ainsi qu'à la partie interne et supérieure de la cuisse. Des élancements d'une violence extrême parcourent tout le nerf, depuis l'échancrure sciatique jusqu'aux orteils.

Langue naturelle ; appétit médiocre, le 1/4 de portion suffit, et depuis quelques jours la malade ne peut manger de deux jours l'un. Pas de douleur de ventre, selles rares et difficiles, matières dures ; douleurs et coliques dans l'acte de la défécation. État normal de tous les autres viscères et de toutes les autres fonctions. (*Vésicatoire vers l'échancrure sciatique ; reste de la prescript.*, *idem.*)

Du 21 *au* 28. — Les douleurs n'ont nullement diminué d'intensité et ont conservé les mêmes caractères. *Le* 21, sensation d'engourdissement à la partie interne de la cuisse, et de cuisson au pied : symptômes qui persistent avec une intensité variable. Le vésicatoire, pansé avec 25 milligrammes de morphine, est très douloureux jusqu'au 27, où l'on est obligé de le faire sécher. Le 24 au matin, frisson assez violent ; céphalalgie, nausées ; ces symptômes se reproduisent le 27 au soir.

Langue toujours naturelle, pas de maux de ventre ; selle dure tous les deux ou trois jours ; urines rendues fréquemment et en petite quantité. Chaleur de la peau, sueur, face animée, agitation. *Le* 27 *et le* 28, le pouls, toujours régulier, a varié entre 72 et 84 pulsations ; les deux derniers jours il était dur et résistant ; il existait un mouvement fébrile assez fort. (*Vésicatoire avec* 25 *mill. de sulfate de morphine du* 21 *au* 27 ; *liniment opiacé ; injections émollientes.*)

Du 28 *au* 1er *décembre.* — Les douleurs, sans perdre leurs caractères, se sont un peu calmées ; elles ont permis à la malade de dormir une grande partie des nuits. Le 30, le toucher est pratiqué, et l'on détermine une douleur très vive en pressant par l'intérieur du vagin, vers l'échancrure sciatique du côté malade, tandis que de l'autre côté on n'observe rien de semblable. Le col, vu au spéculum, est générale-

ment rosé, un peu rouge à gauche, comme ecchymosé à droite. Il s'écoule de son ouverture une matière blanche, épaisse, opaque et abondante. La malade peut marcher un peu à l'aide d'une béquille, mais elle souffre encore beaucoup, et traîne la pointe du pied droit; il y a eu encore dans la journée du 30 un frisson suivi d'une sueur légère.

Appétit faible; un peu de dévoiement le 28; ces symptômes ne persistent pas; bon état du tube digestif les jours suivants. Pouls de 86 à 96, sans dureté, sans irrégularité, sans plénitude. (*Le 28, nouv. vésic. pansé les jours suivants avec 5 milligr. de sulf. de morphine; frictions avec baume tranquille; bain, le 30; reste id.*)

Du 1er au 5 décembre. Les douleurs ont repris leur vivacité. Dès le 1er, le pied est complétement paralysé; lorsque la jambe est soulevée, il est pendant et ne peut être relevé; il reste un mouvement presque insensible dans les orteils; les muscles de la jambe sont flasques, et la malade ne peut pas les contracter. Les élancements parcourent tout le nerf, revenant toutes les minutes avec une violence extrême. Le poids du drap cause une douleur insupportable sur le dos du pied. Le 4, la malade a voulu essayer de marcher, mais les mouvements ont occasionné une douleur atroce, qui a long-temps persisté. Mouvement fébrile léger; pouls à 76; appétit assez bon. (*Le 3, frictions avec liniment camphré; un bain; les 3/4; le reste id.*)

Du 12 au 6 décembre. — Les douleurs ont très notablement diminué; la pression en occasionne beaucoup moins. Sommeil de plusieurs heures chaque nuit. Pied toujours paralysé, engourdi; il est quelquefois le siége de picotements, de fourmillements et d'un sentiment de cuisson. Douleur vive, de la largeur d'une pièce de 5 fr., à la partie moyenne de la jambe, entre le tibia et le péroné.

L'appétit, médiocre le 8, se rétablit les jours suivants. Pouls souple, régulier, de 82 à 84. Toujours un peu de chaleur à la peau; ni frisson ni sueurs. Le vésicatoire est très doulou-

reux et suppure beaucoup. (*Bains le* 6 *et le* 10; *lavem. laxatif; le* 7 *et le* 10, *gomme, les* 3/4; *le reste id.*)

Le 12.— Depuis hier au soir, les élancements ont reparu; la pression du drap suffit pour causer une vive douleur sur le dos du pied. Élancements violents, partant seulement du milieu de la hauteur du péroné pour aller s'irradier dans les orteils, où ils sont atroces; sensation de cuisson dans le pied qui est toujours paralysé. Douleur nulle à la hanche et à la région sacrée; une selle dure. (*Bain; lav. émoll.; reste id.*)

Du 13 *au* 20. — Les douleurs ont très notablement diminué; il n'y a plus d'élancements; à peine un peu de douleur à la pression dans le mollet. Le pied reste toujours paralysé. Bon état de toutes les fonctions. Pouls souple, régulier, de 68 à 84. Le vésicatoire est sec. (*On continue les frictions avec le liniment camphré; bain le* 13; *chiendent; le reste idem.*)

Le 20.—Depuis hier, il y a eu, à deux reprises, des élancements peu violents; douleur à la pression, encore assez vive dans le mollet et dans l'échancrure sciatique; même état du pied. Appétit faible, pas de soif; coliques ce matin, suivies d'une seule selle liquide très abondante; ventre douloureux partout à la pression. Un peu de céphalalgie; chaleur légèrement augmentée; ni frissons, ni sueur.

La malade a voulu sortir en cet état, et n'a pas permis qu'on renouvelât le toucher. Quelques jours après, étant de service au Bureau central, je l'ai vue arriver sur un brancard, éprouvant des douleurs atroces et présentant un mouvement fébrile très prononcé. Elle entra à la Pitié, où elle resta environ deux mois, après lesquels elle sortit débarrassée de ses douleurs, mais non de sa paralysie; car plus de deux ans après sa sortie je la revis plusieurs fois, traînant encore le pied et boitant d'une manière notable. Lorsqu'elle levait la jambe, son pied tombait sans qu'elle pût lui imprimer aucun mouvement.

Si on n'entrait pas dans tous les détails de cette ob-
ervation, si on l'examinait trop superficiellement, on
ourrait aisément confondre ce fait avec ceux que j'ai
éjà cités; mais avec un peu d'attention, on y découvre
es particularités remarquables. Signalons-en d'abord
s circonstances principales. Après une couche labo-
ieuse et l'emploi du forceps, cette femme est prise
resque immédiatement de douleurs s'étendant des lom-
es au pied droit; des élancements violents parcourent
ette étendue; il y a de l'engourdissement, des fourmil-
ments, de la cuisson dans les orteils et sur le dos du
ied. L'appétit se perd, et lorsque la malade est soumise à
non observation, elle présente un mouvement fébrile,
médiocre, mais évident, que selon toutes les probabilités
le éprouvait déjà auparavant. A l'hôpital, ces douleurs
ontinuent; elles persistent avec intensité, malgré l'em-
loi prolongé du sulfate de morphine par la méthode
dermique; bientôt le pied, sans cesser d'être doulou-
ux, se paralyse à un tel degré qu'il est pendant lorsque
malade lève la jambe, dont les muscles ne se con-
actent pas; des douleurs vives se font sentir sous la
ession dans le trajet du nerf, et même à la partie su-
ricure et droite du vagin, dans la direction de l'é-
ancrure sciatique. Le col de l'utérus est, de ce côté,
mme ecchymosé. Ces symptômes sont accompagnés, à
s époques diverses, d'un mouvement fébrile irrégulier,
ractérisé par des frissons revenant à un ou plusieurs
urs d'intervalle et à des heures différentes, par de la
phalalgie, de la chaleur, quelquefois des sueurs, et une
rte plus ou moins notable de l'appétit. Enfin, lorsque
douleurs sont presque entièrement dissipées, le pied
te paralysé, et il l'est encore deux ans après la seconde

sortie de l'hôpital, alors que la douleur a complétement cessé.

Il me paraît difficile de douter que, dans ce cas, la cause de la maladie ait été une contusion violente exercée sur le nerf par la tête du fœtus, et surtout par le forceps. La malade, il est vrai, habitait une chambre sombre, froide et humide, ce qui est une cause de sciatique; mais au moment de son accouchement elle n'éprouvait aucune douleur, et la maladie du nerf se développa presque aussitôt après la délivrance. Or, cette cause n'a pu agir sur le nerf, qu'en y déterminant une congestion et un état inflammatoire, source des accidents observés. La paralysie du pied vient encore confirmer cette opinion. Sans doute on a vu dans des névralgies sciatiques intenses et de longue durée, cette semi-paralysie sur laquelle Cotugno a tant insisté; mais les caractères en sont bien différents, puisque, dans ces cas, la contraction des muscles est seulement affaiblie et le membre un peu émacié, non pas dans un point limité comme le pied, mais dans toute son étendue, ce qui porte à croire que cette semi-paralysie et cette émaciation sont dues aussi bien à l'état d'immobilité forcée dans lequel le membre languit depuis long-temps, qu'au trouble des fonctions du nerf. Dans le cas présent, au contraire, il survient une paralysie partielle, rapide, complète, et sans émaciation. Dès que les douleurs ont disparu, la semi-paralysie de la névralgie ne tarde pas à se dissiper, alors même qu'elle a duré fort long-temps, et chez notre sujet les choses se passent tout différemment. Enfin, on a dû remarquer la persistance du mouvement fébrile, qui n'était pas évidemment occasionné par le traitement employé, puis-

u'il existait lorsque la malade ne prenait que des bains,
t qu'il s'est montré plusieurs fois après qu'on a eu cessé
emploi des vésicatoires et de la morphine. Il était donc
ntimement lié à la lésion du nerf elle-même, ce qui n'a
oint lieu dans la névralgie sciatique.

De toutes ces considérations, je crois devoir con-
lure que la contusion du nerf sciatique, à son origine,
vait produit dans ce point une véritable névrite, cause
e tous les accidents. Je ne me dissimule pas néanmoins
ue ce fait ressemble plus aux névralgies ordinaires,
u'on n'aurait dû s'y attendre, après avoir lu ce que
l. Martinet a écrit sur le diagnostic de la névrite et de
névralgie (1). Ce médecin dit, en effet, qu'un des
gnes qui servent le plus à distinguer la névralgie de
névrite, c'est que dans la première, « la pression des
oncs nerveux, même dans le plus fort des paroxys-
es, bien loin de développer la douleur, la calme le
lus ordinairement; » et plus loin il ajoute, que dans
évralgie la douleur « est excessivement variable par sa
ature, et s'accompagne toujours de rémission. » Or,
une part, on a vu que chez la malade dont il est
uestion la douleur a eu des rémissions marquées, et
été très variable; et de l'autre, s'il est vrai que la
ression a été très douloureuse chez elle, elle ne l'a pas
oins été chez la plupart des sujets affectés de névralgie
ui d'ailleurs éprouvaient, outre les élancements, cette
ouleur continue si incommode que Cotugno regarde
mme le véritable caractère de la névralgie sciatique.
ut-il en conclure qu'il y avait, dans ce cas, une
vralgie et non une névrite? Je ne le pense pas, car les

(1) *Mémoire sur l'inflammation des nerfs*, Revue médicale, 1824, t. II,
g. 329.

raisons que j'ai données plus haut me paraissent d'une grande force. Il faut plutôt reconnaître que les symptômes de la névralgie sciatique, n'ayant pas été étudiés avec la dernière rigueur à l'époque où M. Martinet rassemblait ses cas intéressants de névrite, il manquait d'un point de comparaison nécessaire. Je ne ferai qu'une réflexion sur le traitement. Cette affection a été traitée à l'Hôtel-Dieu, comme une simple névralgie, et le succès a été incomplet et passager. J'ignore quels moyens on a mis en usage dans l'hôpital où la malade est ensuite entrée.

6° Pour terminer ce qui a rapport au diagnostic, je dirai un mot des douleurs nerveuses qui ont lieu quelquefois, dans les membres inférieurs, chez les sujets affectés de coliques de plomb. Suivant M. Tanquerel Des Planches (1), les douleurs qui constituent *l'arthralgie saturnine* se rapprochent de la névralgie sciatique, parce qu'elles sont rémittentes et exacerbantes, et, ajoute-t-il, parce qu'elles diminuent par la pression, et n'augmentent que très peu, ou pas du tout, par le mouvement. Relativement à ces derniers caractères communs, nous savons maintenant à quoi nous en tenir; mais les premiers sont incontestables. Quant aux différences, le même auteur indique les suivantes. Dans l'arthralgie saturnine, la douleur occupe une étendue en largeur assez considérable, et suit rarement le trajet d'un cordon nerveux; dans la névralgie, au contraire, la douleur est presque linéaire et circonscrite dans l'étendue d'un ou plusieurs cordons nerveux. Dans les cas de douleurs saturnines qui se sont présentées à mon examen, j'ai gé-

(1) *Traité des malad. de plomb*, Paris, 1839. T. II.

ralement reconnu l'exactitude de ces caractères dis-
ıctifs.

§ II. Pronostic.

J. Frank (1) a dit: « Nisi in primo morbi limine suc-
ırratur, malum admodum tædiosum fieri solet, et
ıandoque insanabile. » Si l'on excepte la névralgie
iatique intermittente, irrégulière (2), qui se produit
des époques plus ou moins éloignées, et qui souvent
sparaît sans traitement, on ne peut méconnaître
xactitude de ce pronostic. Presque toutes les sciati-
ıes longues, rebelles, très douloureuses, s'accompa-
ant de secousses dans le membre et de semi-paralysie,
t été négligées à leur début, et n'ont acquis leur haut
gré d'intensité qu'après un long espace de temps. Plu-
urs faits que je possède prouvent, au contraire, que très
uvent on triomphe de la névralgie avec la plus grande fa-
ité, lorsqu'on l'attaque à son début. Mais ce que J. Frank
a pas dit, c'est que chez certains sujets la sciatique
ırche concurremment avec d'autres névralgies, ou al-
ne avec elles, et alors on la voit se reproduire fré-
ıemment malgré les moyens employés. Cette forme se
pproche, sous ce rapport, de la forme intermittente
régulière.

On a vu que les récidives étaient fréquentes dans cette
vralgie; une première attaque en fera donc redouter
ıe seconde, ce qui engagera le médecin à ne négliger

1) *Loc. cit.*, p. 218.

2) Je n'entends pas, par ce mot, rapprocher cette forme de la sciatique
maladies vraiment intermittentes. C'est, en effet, chaque fois sous
ıfluence d'une nouvelle cause qu'elle se reproduit. J'ai voulu seule-
nt indiquer qu'elle renaît fréquemment à des intervalles variés.

aucun des moyens préservatifs qui seront indiqués plus loin.

Cette affection a été généralement plus longue et plus intense chez les individus avancés en âge que chez les jeunes sujets. Je n'ai rien trouvé dans le sexe et la constitution qui parût avoir quelque influence réelle sur sa marche et sa gravité.

ART. VIII. — TRAITEMENT.

SECTION Ire. — Moyens curatifs.

Les faits que j'ai recueillis venant de sources très diverses, on doit s'attendre à y trouver des traitements très variés : c'est ce qui a eu lieu ; et il faudrait s'en féliciter, puisque ce serait une heureuse occasion de comparer les divers moyens thérapeutiques mis en usage, si, d'une part, le nombre de chaque série de faits n'en était notablement diminué, et si, de l'autre, la médication ne devenait souvent trop complexe pour permettre de discerner l'effet de chaque médicament en particulier. Cherchons, par l'analyse exacte de ces faits, à découvrir les moyens qui ont eu le plus de succès.

§ Ier. Médication externe.

1° *Vésicatoires.*—Les vésicatoires ayant été pansés de deux manières différentes, il importe d'examiner séparément ces deux modes d'application du même moyen, qui sont le vésicatoire simple, et le vésicatoire pansé avec un sel de morphine. Les vésicatoires simples furent mis en usage chez trente-sept malades, ou du moins des détails suffisants sont donnés sur l'emploi de cet exutoire dans trente-sept cas.

Vésicatoire simple. — Chez dix-neuf sujets, les vé-
catoires formèrent la base du traitement, et furent em-
oyés avec persévérance pendant tout le temps que les
alades furent soumis à l'observation. Leur nombre va-
a de un à quatre; lorsqu'il n'y en eut qu'un, il fut
pliqué derrière la tête du péroné (treize fois), ou le
ng de la partie postérieure et externe de la cuisse (une
is). Dans les cas où il y en eut plusieurs, on les ap-
iqua sur les points les plus douloureux, et surtout sur
tête du péroné, derrière le grand trochanter, et der-
re la malléole externe. Ils furent toujours entretenus,
ndant plusieurs jours, avec la pommade épispastique;
ze fois la guérison fut complète. Mais il s'agit de con-
ître le degré d'intensité de la maladie, son ancienneté,
la durée du traitement. Dans tous les cas, la sciatique
it très violente; sa durée variait généralement de dix
urs à quatre mois; et chez trois sujets, elle était de
inze mois et de quatre ans. La durée du traitement
ria de neuf à soixante-dix jours. Dans les trois cas où
guérison n'eut pas lieu, le début de la maladie datait
un à dix-huit mois; on n'appliqua qu'un seul vési-
toire, les malades en ayant refusé de nouveaux.

Dans sept autres cas, on eut recours à l'application
s vésicatoires, à une époque assez avancée de la ma-
lie, et lorsque diverses médications avaient complète-
nt échoué; on avait employé les bains d'eau ou de
peur, les pilules de Méglin, l'acétate d'ammoniaque,
sangsues, les purgatifs, la poudre de Dower, les
xas, le sulfate de quinine, etc. Dans six de ces cas, la
érison fut complète; dans le septième, un seul vésica-
re fut appliqué, et son effet fut nul. La maladie était
lente dans cinq cas, d'une intensité moyenne dans les

deux autres. Sa durée variait de un mois à dix, et celle du traitement ne fut que de sept à vingt-trois jours, ou, terme moyen, douze jours. Le sujet chez lequel le vésicatoire ne produisit aucun effet avait une sciatique très violente depuis dix mois, et l'application de l'exutoire ne put être renouvelée, le malade ayant exigé sa sortie. Le nombre des vésicatoires varia de un à cinq, et ils furent appliqués comme les précédents.

Chez douze malades, on appliqua dans les premiers jours de la maladie un (dix fois), ou deux vésicatoires; mais, au bout de quelques jours, on abandonna ce mode de traitement pour lui en substituer d'autres. Chez sept de ces sujets, les douleurs sciatiques, loin de diminuer, avaient augmenté; chez les autres, elles n'éprouvèrent aucun changement, si ce n'est dans un cas où il y eut un soulagement léger. L'emploi de ce moyen dura fort peu de temps; il ne dépassa pas huit jours, et souvent l'impatience des malades fut cause du changement de traitement. Dans tous ces cas, la maladie avait une intensité considérable, et dans la moitié, elle était d'une violence extraordinaire; son ancienneté variait extrêmement, puisque dans un cas son début remontait seulement à quatre jours, et dans un autre à neuf mois; mais, le plus souvent, elle datait de vingt jours à six semaines. Chez deux sujets, il y avait amaigrissement du membre, et l'un d'eux offrait la semi-paralysie qui se montre dans les cas les plus graves.

Les pansements de ces vésicatoires furent faits avec la pommade épispastique. Ces pansements étaient toujours très douloureux; ils occasionnaient une cuisson vive, et souvent une augmentation d'intensité des dou-

urs ; aussi, dans les cas où la guérison eut lieu, n'est-
e qu'après plusieurs jours de leur emploi, et lors-
ue la surface dénudée commença à être moins sen-
ble, que l'amélioration se manifesta. C'est pourquoi
me paraît très probable que si on eût abandonné moins
cilement, chez plusieurs sujets, ce moyen préconisé
ar Cotugno, on eût obtenu plus de succès.

Vésicatoires volants. — Les réflexions que m'avaient
spirées ces faits, m'engagèrent à persister dans l'em-
oi du vésicatoire, mais en le multipliant sans l'entrete-
r, c'est-à-dire en appliquant des vésicatoires volants
r les divers points douloureux à la pression, ou spon-
nément : sur les *foyers de douleur*, en un mot. J'ai
is en usage ce moyen chez tous les individus qui se sont
ésentés à moi, quelle que fût leur névralgie ; mais dans
nombre, il n'est que six névralgies fémoro-poplitées :
atre ont parfaitement guéri en sept ou huit jours de
itement. Dans un cinquième cas, quoique la guérison
ait pas été complète, les modifications apportées par
vésicatoires furent si rapides et si remarquables,
'elles méritent une mention particulière. Je vais pré-
nter ici l'observation qui a été recueillie sous mes yeux
r M. Cossy, élève de l'hôpital Beaujon, pendant que
faisais un service provisoire dans cet établissement.

CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

ralgie sciatique assez intense traitée par les vésicatoires volants ; amélioration rapide ; guérison presque complète en six jours.

Catherine Robinet, âgée de 37 ans, cuisinière, non mariée,
onde et bien constituée, cheveux et sourcils noirs, yeux
uns, peau assez brune, peu d'embonpoint, sans maigreur,
entrée à l'hôpital Beaujon le 10 mai 1840.

Cette fille a toujours joui d'une bonne santé, mais de-

puis son enfance elle éprouve, dit-elle, toutes les trois semaines, une céphalalgie occupant toute la tête, et accompagnée de nausées sans vomissements. Ces accidents durent rarement plus de vingt-quatre heures; le plus souvent, après douze ou quinze heures de durée, ils disparaissent complétement. La céphalalgie et les nausées ne paraissent pas liées à l'époque menstruelle.

La maladie pour laquelle cette malade entre à l'hôpital remonte aux premiers jours d'avril (1840), où, sans cause connue, elle éprouva, dans la région lombaire, des douleurs assez vives, qui cependant ne l'empêchèrent pas de continuer son travail ordinaire. Ces douleurs apparaissaient sous forme d'élancements très vifs, se succédant à peu d'intervalles, au nombre de trois à six; puis ils cessaient, en laissant dans la partie une douleur sourde, qui persistait un certain temps. Des *séries* d'élancements revenaient plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, aussi fréquemment la nuit que le jour. Du 24 au 25 avril, toute souffrance cessa presque subitement dans la région lombaire; mais en même temps, il survint une douleur sourde à la partie externe de la jambe droite, avec élancements fréquents qui, de la partie inférieure et externe de la jambe droite, remontaient jusqu'au genou, en suivant la face externe du membre. Ces douleurs causaient de l'insomnie, et souvent la malade était réveillée par des élancements. Elle conserva néanmoins l'appétit et ses forces, et tout en souffrant beaucoup, elle continua son travail, sans faire aucun traitement. Elle est entrée à l'hôpital, non que son mal ait empiré, mais parce qu'elle voulait s'en débarrasser. Quant aux causes de sa maladie, cette fille n'en indique aucune; elle n'a éprouvé ni chagrins, ni émotion morale d'une autre nature; son lit est placé au milieu d'une chambre sèche, assez vaste, et dont les fenêtres sont fermées pendant la nuit. Ses règles ont continué à venir régulièrement. Elle n'a pas eu de frissons depuis sa maladie.

État actuel le 11 *mai.*—Face parfaitement naturelle, sans xpression de souffrance. La malade, qui a eu plusieurs élan-ements dans la nuit, ne ressent maintenant qu'une douleur ourde, peu intense, qui occupe toute la longueur du péroné roit, un peu en arrière de cet os. Il y a de la douleur à la ression depuis la réunion du quart supérieur du péroné ux trois quarts inférieurs, jusqu'à quelques travers de doigt e la malléole. Pas de douleur spontanément ou à la pres-on, aux deux extrémités du péroné, non plus qu'à la uisse, dans le trajet du nerf sciatique.

Langue naturelle, appétit conservé, selles régulières et ciles. Rien d'anormal dans l'état du poumon et du cœur. e pouls, régulier, souple, donne soixante-quatre pulsations ar minute. (*Tilleul orangé; vésicatoire volant de* 0m,05 *de amètre à la partie inférieure du point où la pression déter-ine de la douleur;* 1/2.)

12 *mai.*—Presque pas de sommeil pendant la nuit, à cause u retour fréquent des douleurs lancinantes dont la direction ait, comme auparavant, de bas en haut. Actuellement, les ouleurs se sont fixées autour de la malléole externe; elles nt vives, mais ne s'étendent pas en haut. La pression est ouloureuse dans le même espace qu'hier, mais elle n'aug-ente pas les souffrances lorsqu'elle est exercée autour de malléole externe. (*Tilleul orangé; vésicatoire volant sur la alléole externe;* 1/2.)

13 *mai.*—La malade, d'après la recommandation qui lui a été faite, garde constamment le lit. Actuellement, elle rouve beaucoup d'amélioration; il y a seulement, autour la malléole externe, des élancements assez fréquents, mais t supportables; ils ne s'irradient en aucune direction. Dans intervalles des élancements, il n'y a qu'un peu de roi-ur et d'engourdissement. La pression exercée en divers ints sur le trajet des nerfs principaux de la jambe droite, urnit les mêmes résultats qu'hier. (*Tilleul orangé;* 1/2.)

14, 15, 16 *mai.* — L'amélioration continue; seulement quelques douleurs lancinantes légères se font ressentir de temps en temps dans la malléole externe, et ne remontent pas dans la direction du péroné. L'état général est bon. (*Même prescription.*)

17 *mai.*— La malade se trouve bien, et n'éprouve depuis la veille aucune douleur, soit spontanément, soit à la pression. (*id.*)

18 *mai.* — Le mieux se maintient.

19 *mai.* — La malade se trouvant, dit-elle, complétement guérie, veut sortir. (*Portion sortante.*) (1)

La maladie de cette femme ne saurait être considérée comme éphémère, puisqu'elle durait, même en ne tenant pas compte des douleurs lombaires, depuis plus de quinze jours. On ne saurait non plus la regarder comme légère, car elle occasionnait de l'insomnie, surtout à l'époque de l'entrée à l'hôpital. Le prompt soulagement qui a été constaté est donc tout-à-fait digne de remarque.

Peut-être regrettera-t-on que je n'aie pas laissé reposer quelques jours cette malade, pour m'assurer que la persistance de sa névralgie n'était pas due à la continuation de son travail. Je regrette moi-même de ne pas l'avoir fait; mais il y a dans l'observation une circonstance qui me paraît suppléer à l'expérience que j'aurais pu faire. Le second jour du traitement, les douleurs ont, en grande partie, abandonné le milieu de la hauteur du

(1) Après la visite, cette femme me dit qu'elle n'était pas complétement guérie; qu'elle éprouvait encore par instants des douleurs vives dans la jambe; mais que cependant il y avait beaucoup d'amélioration depuis son entrée. L'ennui et les affaires qu'elle avait au-dehors l'avaient engagée à se dire complétement guérie, afin qu'on la laissât sortir.
(*Note de M. Cossy.*)

péroné, point qu'elles occupaient d'abord, et où le vésicatoire avait été posé, mais elles ont été se fixer autour de la malléole externe, où, quoiqu'il n'existât pas de douleur à la pression, l'intensité des élancements était assez vive pour causer une insomnie presque complète. Si la disparition de la douleur dans un point, était réellement due à l'influence du repos, une nouvelle apparition aurait-elle eu lieu dans un autre point? Ce n'est pas à la douleur du vésicatoire qu'on peut attribuer l'insomnie, puisque la malade l'a fort peu sentie, et qu'il y a eu, au contraire, du soulagement dans le point où l'exutoire a été appliqué. Mais ce qui achève de confirmer cette opinion, c'est que, dès qu'un autre vésicatoire a été appliqué sur la malléole externe, la douleur a notablement diminué dans ce point, et qu'elle a presque entièrement disparu quatre jours après.

La malade a voulu sortir, quoiqu'elle éprouvât encore quelques élancements assez vifs. Je ne sais si ces dernières traces de névralgie auront disparu, ou s'il y aura eu une récidive; mais il me paraît démontré que la guérison n'aurait pas tardé à être complète si le séjour à l'hôpital eût été un peu prolongé. La connaissance que nous avons acquise précédemment de la marche de la maladie ne peut nous laisser aucun doute à cet égard.

Dans les quatre cas où la guérison fut parfaite, les choses se passèrent de même; la douleur disparut des divers points douloureux, à mesure qu'on y appliquait des vésicatoires volants, et cela aussi bien à la cuisse et à la hanche qu'à la jambe. Ces faits, joints à ceux de la même nature qui ont rapport à d'autres névralgies, et que j'ai exposés dans cet ouvrage, m'ont convaincu que le

vésicatoire volant appliqué sur les divers points douloureux, est d'une très grande utilité dans la sciatique comme dans les autres affections de la même espèce. Ce moyen réussit-il constamment? c'est ce qu'il n'est pas encore permis de dire. Mais qu'on n'oublie pas que dans toutes les questions thérapeutiques, relatives aux névralgies, comme dans celles qui ont pour objet des maladies à symptômes violents et bien tranchés, il s'agit non seulement de déterminer si le traitement a procuré la guérison, mais encore s'il a agi d'une manière rapide et bien évidente sur les principaux symptômes; c'est en ayant égard à ce dernier genre d'action, que j'ai été frappé de l'effet avantageux des vésicatoires volants multipliés, dans les névralgies.

Cotugno est, comme on sait, celui qui a le plus préconisé le vésicatoire, et c'est un fait également connu que, dans l'application de cet exutoire, il se proposait d'évacuer l'humeur morbifique, épanchée, selon lui, dans la gaîne du nerf. Pour cet effet, il chercha le lieu le plus propre à remplir cette indication, et il crut l'avoir trouvé dans un point dont la tête du péroné serait le centre. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Tentavimus ergo primum quid vesicans efficeret applicatum ad caput fibulæ, sic ut totam ejus loci subcutaneam nervi partem comprehenderet. Cum enim in nervosa ischiade postica a coxa ad fibulam dolor maxime sæviat, a fibula ad pedem longe minus, mihi videbar intelligere materiæ acris copiam majorem a coxa quoque ad fibulam nervi vaginas incolere; quam si, vesicante ad imam tibiam, dorsumve pedis applicito, evacuare contenderem, metus erat ne vel viæ longitudo, vel vaginarum nervosarum iis in locis angustia, descensui ma-

teriæ officeret, ejusdemque evacuationi (1). » Ce n'est donc pas uniquement parce que le nerf est, dans ce point, plus superficiel que partout ailleurs, que Cotugno a choisi la tête du péroné, mais encore parce que c'est là le point le plus déclive de la portion du nerf occupé par la plus grande quantité de sérosité âcre. Je ne dirai pas comment, dans le but d'appuyer sa théorie, il interprète ensuite les phénomènes qui se passent dans le cours du traitement; de pareilles explications ne sauraient être accueillies aujourd'hui; je ferai seulement remarquer que, dans l'appréciation de la douleur, il ne paraît pas faire exactement la part de celle qui est due au vésicatoire lui-même, et de celle qui constitue la maladie, ce qui jette un peu d'obscurité sur les effets de ce traitement. Il est plus important de faire connaître la manière dont Cotugno employait le vésicatoire, la voici : « Sex longam transversos digitos, quatuor latam, extendi jussimus. Hæc transversim capiti fibulæ applicata est, sic ut medium emplastri totum fibulæ caput occuparet, susque deque superesset, sed maxime deorsum : hinc vero et illinc, extrema longitudinis emplastri, alterum ad poplitem, idque longius, ascenderet, alterum descenderet ad tibiam.... Ulcus recenti butyro consueta methodo cœpit mederi; novem manavit dies. »

Ainsi donc, 1° Cotugno appliquait le vésicatoire de manière à ce qu'il occupât, non seulement la tête du péroné, mais encore une partie du jarret et du tibia; 2° il n'employait pas de matières excitantes pour l'entretenir. Les succès qu'il obtint par cette méthode furent tels, qu'il craignait, en les proclamant, d'être accusé de jactance (metuam jactantia insimulari). Il réi-

(1) *Op. cit.*, cap. LII.

térait le vésicatoire jusqu'à complète guérison, ou, selon son expression, jusqu'à complète évacuation de la matière morbide (lentus ille et tenax humor), et il était fréquemment obligé de revenir jusqu'à trois fois à cette application.

Il ne faut pas croire, pourtant, que Cotugno ait adopté ce lieu d'élection pour l'application des vésicatoires, à l'exclusion de tout autre, car il se vit souvent forcé par les circonstances de les placer sur un autre point du trajet du nerf. Dans plusieurs cas il lui arriva, dit-il, de voir disparaître la douleur de la hanche à la tête du péroné, et persister au-dessous de ce dernier point, et il ajoute : « Id vero cum accidit, aut ad exterius cruris latus, quatuor transversos digitos, supra malleolum exteriorem, vesicans applicari jussimus oblique, quod semper egregie profuit : aut in summo pedis dorso etiam oblique pari successu positum vesicans fuit. » Ainsi, Cotugno était forcé, dans les cas probablement les plus graves, d'avoir recours à l'application du vésicatoire sur *plusieurs points* du trajet du nerf, et par un heureux hasard sa théorie le conduisait à faire cette application sur les centres de douleur les plus constants qui occupent la partie inférieure du membre. On doit se souvenir, en effet, que les points douloureux les plus remarquables, soit parce qu'ils sont des foyers d'élancements, soit parce que la pression y détermine une douleur beaucoup plus vive qu'ailleurs, soit enfin parce que dans les mouvements, et surtout dans la marche, c'est là que viennent retentir douloureusement tous les efforts musculaires, sont précisément la malléole externe, le dos du pied, la tête du péroné, et la partie externe du jarret; or, ce sont précisément les lieux choisis par Cotugno

ɔur y placer le vésicatoire. J. Frank dit avoir mis ı usage, avec succès, le vésicatoire tel qu'il était appliıé par Cotugno; mais, pas plus que Cotugno, il n'a marqué qu'il agissait sur des foyers de douleurs, et il a eu en vue que d'évacuer l'humeur morbifique.

Pour nous, qui ne pouvons admettre une théorie qui est fondée sur aucun fait réel, contentons-nous de ofiter des résultats de l'expérience, et concluons de ce ıe nous ont appris les auteurs que je viens de citer, et s faits que j'ai observés moi-même, que le vésicatoire ıit être mis, non pas sur tel ou tel point où la osité a pu s'amasser dans la gaîne du nerf, mais sur ıs les points qui sont des foyers de douleur; sur l'épine ıque postérieure et supérieure, au sommet de l'échanıre sciatique, derrière le grand trochanter (1), etc., etc. ı sera guidé dans cette application, et par les indicans du malade, et par la palpation exercée d'après les incipes que j'ai établis; et dans les cas où un point ıuloureux exceptionnel se montrerait avec quelque inısité, on devra agir sur lui comme sur un point orıaire. Quant au nombre de vésicatoires qu'on pourra pliquer à la fois, c'est à l'observateur à l'apprécier, près l'intensité de la maladie, et d'après le nombre points douloureux eux-mêmes; dans les cas graves, ı ai appliqué trois à la fois, assez distants les uns des tres: derrière le trochanter, sur la tête du péroné, et la malléole externe, par exemple. Cinq centimètres diamètre m'ont paru une grandeur suffisante pour les plâtres vésicants.

Quelques praticiens emploient un vésicatoire très ɔngé et très mince, de manière à couvrir une partie

(1) Voyez la description des points douloureux, p. 504.

notable du membre : toute la hauteur de la cuisse, par exemple. Cette pratique se rapproche de celle que je conseille, en ce qu'elle soumet à l'action vésicante plusieurs points douloureux à la fois ; mais, d'après ce que je viens de dire, toute la partie du vésicatoire qui ne porte pas sur les foyers de douleur est inutile, et prive même le médecin d'une assez grande étendue sur laquelle il pourrait agir plus tard, si la douleur s'étendait à une plus grande partie du trajet du nerf.

J'ai déjà fait remarquer en passant, que Cotugno ne cherchait pas à entretenir les vésicatoires ; mais il ne sera pas inutile de constater de nouveau que l'auteur qui a préconisé avec tant d'insistance ce moyen, et qui dit en avoir obtenu tant de succès, se servait uniquement de vésicatoires volants, comme j'ai été moi-même conduit à le faire, après avoir vu les épispastiques causer les douleurs les plus vives et aggraver quelquefois la maladie.

Pour réunir tout ce qui a rapport aux applications externes qu'on a nommées révulsives, je vais passer immédiatement à l'emploi du cautère et du moxa ; renvoyant à la fin du paragraphe l'étude du vésicatoire pansé avec la morphine, où ce médicament joue, sans contredit, le plus grand rôle.

2° *Cautère actuel.*—L'emploi de ce moyen remonte à une époque très éloignée, puisque Paul d'Égine et Albucasis l'ont recommandé tous les deux avec force, et ont donné les préceptes à suivre dans son application. Une citation de Cotugno (1) fera connaître la manière dont ces médecins traitaient la sciatique : « Paulus autem ab Ægina, cui maxima fuit ad ischiadem percu-

(1) *Loc. cit.*, cap. I.

ıdam in ustione fiducia, inter sedes in ischiade uren-s, locum maxime elegit supra *malleolum exteriorem.* bucasis vero fuit, qui maxime omnium nostris ratio-ɔus videbatur explicabiles attulisse observationes; m in ea ischiade, in qua ad digitos usque pedis lor tendat, *tribus punctis*, *aut quatuor*, *aut si leretur*, *etiam pluribus*, *quo loco æger doceret, lorem scilicet maxime insidere*, *inurere cauterio mmendavit.* » Ne semble-t-il pas qu'Albucasis avait servé et noté la dissémination des points douloureux ns le trajet du nerf, et qu'il avait été conduit par cette servation, à porter l'action d'un remède aussi actif e le cautère actuel, sur ces points où la douleur prend demment sa source? Cette multiplication du cautère uel sur plusieurs points choisis parmi les plus dou-ıreux, tomba bientôt en désuétude, même parmi Arabes, puisque un peu plus loin, Cotugno faisant, près le rapport de Franciscus Corbus, un de ses élèves enu d'Egypte en 1776, la description du procédé ployé par eux vers cette époque nous apprend ce i suit (1): « Arabes sic curant: A summo ischio ori-em doloris pertentando manu ad imum pedem pro-uuntur. Per femur et crus viam quam tenet observant, nec ad doloris finem perveniant, qui est prope ultimos lis digitos. Hoc locum signant, estque ad pollicis tantiam supra divisionem quarti, et quinti digiti, quo num videtur desinere tam longus dolor. Ibi ignito ro profunde inurunt; ulcus manare longius sinunt, intra quadraginta dies ægri curantur. » Cette prati-e, comme on le voit, est bien différente de celle ılbucasis; mais il nous est impossible d'établir une

) *Loc. cit.*, cap. I

comparaison entre leurs résultats, puisque de part et d'autre nous ne trouvons que de simples affirmations. On aura, sans doute, remarqué dans ce passage, la description de la manière dont les Arabes explorent les lieux occupés par la douleur : « A summo ischio originem doloris pertentando manu ad imum pedem prosequuntur. » Ces mots semblent indiquer qu'ils avaient observé la douleur à la pression bien mieux qu'on ne l'a fait après eux; mais le défaut de détails laisse quelques doutes sur ce point.

Bien qu'il adoptât le vésicatoire de préférence, Cotugno n'avait pas entièrement abandonné le cautère actuel. Il y avait recours lorsque les symptômes rendaient nécessaire une application fortement révulsive, et il avait choisi le milieu du creux poplité, comme le point où l'on pouvait se rapprocher le plus du nerf : condition selon lui essentielle (1).

Dans ces derniers temps, la cautérisation avec le fer rouge a été préconisée par M. Jobert. Je n'ai jamais employé, ni vu employer ce moyen; mais mon ami, le docteur Barth, m'a communiqué une observation qu'il a recueillie dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, et que je vais consigner ici comme exemple intéressant (2).

CINQUANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Névralgie sciatique durant depuis cinq mois, et guérie par la cautérisation avec le fer rouge.

Degarne, âgé de 24 ans, vigneron, bien constitué, jouis-

(1) *Loc. cit.*, cap. LIV.

(2) Cette observation se trouve aussi dans l'ouvrage de M. Jobert, mais présentée un peu différemment.

nt habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital
int-Louis le 3 janvier 1834.

Il y a cinq mois, le 1er août, il fut pris d'une douleur
gère qui se fit sentir d'abord dans la fesse, et qui aug-
nta sensiblement en se propageant jusqu'à la jambe et au
on. Il ne sait à quoi attribuer sa douleur, si ce n'est à
n exposition fréquente à la pluie et à la rosée, quand il
availle dans les vignes. C'est pendant les vendanges et au
us fort de ses travaux, que la douleur sciatique augmenta
plus rapidement, jusqu'à ce qu'enfin, au mois d'octo-
e, il fut obligé de cesser son travail. Un médecin lui fit
pliquer, en deux fois, vingt-sept sangsues sur le côté ex-
ne de la jambe, puis deux vésicatoires volants, l'un à la
isse l'autre au mollet; il fit faire ensuite des frictions avec
e substance dont le malade ignore le nom. Ces moyens
ocurèrent un peu de soulagement. Le malade reprit ses
avaux; mais ses douleurs ne tardèrent pas à revenir aussi
es qu'auparavant, et après avoir passé environ deux mois
ns pouvoir travailler, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 3 janvier 1834. — On observe une névralgie du côté
uche, caractérisée par des douleurs intermittentes, qui,
nmençant vers l'échancrure sciatique, se propagent jus-
'au talon. Ces douleurs, presque imperceptibles pendant le
pos au lit, gênent principalement la marche, qui devient
possible au bout de cinq minutes. Pas de fièvre.

Le 6. — Après quatre jours de repos, et vu l'insuccès
s moyens employés jusqu'alors, M. Jobert pratiqua la
itérisation avec le fer rouge sur le trajet du nerf sciati-
e, dans toute la hauteur de la cuisse. Le malade ne tarda
s à éprouver du soulagement, et lorsque la douleur résul-
it de la cautérisation se fut dissipée, et que la plaie fut
atrisée, il n'y eut plus aucune trace de douleur dans la
sse; mais la jambe resta douloureuse depuis le creux du
ret jusqu'au talon.

Le 19. — La cautérisation est renouvelée, et le fer rouge

est porté depuis le creux poplité jusqu'au talon. On appliqua les deux jours suivants des compresses d'eau froide, puis on pansa, avec le cérat, les parties cautérisées. Le malade ne tarda pas à sentir diminuer les douleurs névralgiques, qui se dissipèrent graduellement et ne laissèrent plus aucune trace le 30 janvier, en sorte qu'il put quitter l'hôpital le lendemain, complétement guéri.

Les détails consignés dans cette observation, bien que peu nombreux, sont néanmoins suffisants pour nous permettre de porter un diagnostic sûr, d'avoir une juste idée de l'intensité de l'affection, de fixer exactement son début, et par suite, d'apprécier convenablement les effets du traitement. On est tout d'abord frappé de la facilité avec laquelle des douleurs, qui duraient depuis un temps si long, ont disparu sous l'influence de la cautérisation transcurrente. Ici, l'effet avantageux ne peut pas être mis en doute, et l'on ne peut pas attribuer au repos au lit la disparition des symptômes, puisque après quatre jours de repos le malade était dans le même état, et qu'en un espace de temps presque aussi court il a été débarrassé des douleurs de la cuisse, après la cautérisation de cette partie. On peut en dire autant, et à plus forte raison encore, de l'action du moyen thérapeutique sur les douleurs qui avaient leur siége dans la jambe. Ainsi donc, point de doute, la cautérisation a agi avec une grande rapidité, et son efficacité a été incontestable. Mais peut-on affirmer que l'emploi des vésicatoires multipliés n'aurait pas été couronné du même succès? On a eu recours à la cautérisation avec le fer rouge, parce que les moyens précédemment employés avaient échoué. Mais, 1° ils n'avaient pas complétement échoué, puisqu'à la suite des vésicatoires il y avait eu un soulagement, passager sans

ute, mais notable; et 2° on ne pouvait pas re-
rder cette médication comme épuisée, avant de l'avoir
sayée de nouveau et avec plus de persévérance. La
lution des questions thérapeutiques offre tant de dif-
ultés, qu'on ne saurait prendre trop de précautions
our éviter l'erreur.

Je ne dois pas laisser passer inaperçue une particu-
rité qui me paraît bien digne de remarque; c'est cette
pèce d'indépendance des points douloureux entre eux.
nsi, bien que la douleur ait eu sa source dans la fesse,
qu'elle se soit propagée de là à la jambe, une fois
rivée dans ce dernier point, elle n'a plus paru être
ie simple continuation de la douleur supérieure, elle
semblé pour ainsi dire jouir d'une existence propre,
uisque la cautérisation a pu faire disparaître toute
uffrance dans la cuisse, sans qu'elle en éprouvât aucun
iangement. Des faits semblables se sont présentés à
on observation, et on peut voir la confirmation de ce
ie j'avance dans plusieurs des exemples cités plus haut.
ous l'influence d'un vésicatoire, la douleur cessait
mplétement dans le point correspondant, sans aucune
odification de celle qui existait dans les régions plus ou
oins éloignées; nouvelle preuve de l'utilité des vésica-
ires multipliés, car, en agissant dans un seul en-
oit, on est exposé à n'obtenir qu'une amélioration lo-
le. C'est ce que Cotugno n'avait pas remarqué, quoi-
ie les faits mêmes qu'il avait observés fussent bien
opres à l'éclairer.

Dans une observation que j'ai empruntée à l'ouvrage
Descot (1), l'efficacité de la cautérisation ne paraît

1) *Dissert. sur les affect. loc. des nerfs.* Paris. 1825.

pas moins évidente. Chez un ancien militaire, qui avait eu plusieurs attaques de sciatique, et chez qui la douleur fixée à la plante du pied, était extrêmement intense, on avait employé en vain les bains, les calmants, les vésicatoires, les sinapismes, les sudorifiques et la liqueur de Van Swieten. On appliqua le cautère en réseau, derrière le talon, et vis-à-vis le nerf plantaire interne. La douleur sciatique céda *au moment même de la brûlure*, pour ne plus reparaître. La cautérisation avait été profonde, puisque l'escarre ne se détacha qu'au bout de trois semaines.

D'après ce qui précède, la cautérisation avec le fer rouge doit être considérée comme un moyen puissant, quoiqu'il soit impossible, vu l'insuffisance des faits, d'en apprécier rigoureusement la valeur. Mais doit-on avoir tout d'abord recours à lui? Je ne le pense pas. Le cautère actuel est toujours très effrayant et beaucoup plus douloureux que le vésicatoire volant. Celui-ci, appliqué convenablement, a eu de nombreux et rapides succès dans des cas fort graves; on ne doit donc pratiquer la cautérisation qu'après avoir épuisé ce moyen, et peut-être quelques autres que je vais passer en revue. J'ajouterai que la cautérisation disséminée sur les divers points douloureux me paraît devoir être essayée, et qu'on a tout lieu d'en attendre les mêmes résultats que de la cautérisation transcurrente. Outre qu'on diminuerait notablement, par ce procédé, l'étendue de la brûlure, on se réserverait pour plus tard des points sur lesquels on pourrait, au besoin, appliquer le même moyen avec tous les éléments de succès.

3° *Moxa.* — Le moxa n'a été mis en usage que trois fois dans les cent onze cas analysés dans ce chapitre, et

oici quel a été son effet. Chez un sujet, dont la maladie ort intense remontait à quinze mois, deux moxas, l'un sur partie inférieure de la colonne vertébrale, l'autre sur la alléole externe, furent appliqués à quinze jours d'intervalle ; ils déterminèrent un grand soulagement ; mais s bains et un vésicatoire furent nécessaires pour compléter la guérison. Dans les deux autres cas, dont le but remontait à dix mois et à trente et un jours, d'autres moyens avaient été employés, et avaient calmé les ouleurs sans les faire disparaître complétement : le moxa, rès les avoir momentanément exaspérées, les dissipa ut-à-fait. Le temps du traitement par le moxa varia tre quinze et vingt et un jours ; son effet ne fut jamais médiat. Dans certains cas, il a agi de la même marre que le vésicatoire et le cautère actuel ; seulement, a été plus douloureux que le premier, et son action été beaucoup moins rapide que celle du second. On ne vra avoir recours à lui que dans le cas d'inefficacité vésicatoire, et de refus absolu de la part du malade se soumettre à la cautérisation par le fer rouge.

4° *Sangsues.* — Les sangsues ont rarement été appliées ; le résultat qu'on en obtenait ne devait point, effet, engager à y recourir. Dans dix cas on emya ce moyen, qui n'eut un véritable succès que chez sujet affecté, depuis dix jours seulement, d'une tique de médiocre intensité. Dans deux cas, le souement fut très faible et de très courte durée, et dans s les autres il fut entièrement nul. Le nombre des gsues appliquées varia de huit à cent ; elles furent, ns trois cas, ordonnées à deux ou à trois reprises. neuf sujets qui furent peu ou point soulagés par sangsues, cinq furent guéris par les vésicatoires sim-

ples; un par les vésicatoires pansés avec la morphine; un par la térébenthine; un, dont la névralgie était des plus légères, par l'opium et le repos, et un par la cautérisation. Cette dernière circonstance suffirait pour prouver que si la névralgie a si souvent résisté aux sangsues, ce n'est pas parce qu'elle était trop ancienne et parce qu'elle avait acquis une intensité qui la rendait rebelle à tous les moyens; si l'on en doutait, on serait bientôt convaincu par l'analyse des faits, puisque, dans les deux tiers des cas, le début de la maladie ne remontait pas à plus d'un mois; que, dans les autres, il ne datait pas de plus de trois à six mois, et qu'enfin deux cas seulement pouvaient être rangés parmi les plus graves. Ces cas étaient donc généralement plus favorables au traitement que ceux qui ont été traités par les vésicatoires et par la cautérisation, et, bien que le nombre des faits soit peu considérable, il n'en paraît pas moins très significatif quand on a égard à toutes ces circonstances.

On objectera peut-être que les sangsues ont été appliquées en trop petit nombre, et qu'on n'a pas assez insisté sur ce moyen, en réitérant l'application, et en poursuivant la douleur jusqu'à ses dernières limites. Cette objection peut avoir quelque valeur; mais, jusqu'à ce qu'une nouvelle expérience soit venue nous éclairer, nous devons regarder les sangsues comme un moyen très infidèle.

5° *Ventouses scarifiées.* — Quatre observations seulement m'offrent quelques détails à ce sujet. Les ventouses scarifiées furent répétées de une à six fois, et on en appliqua chaque fois un assez grand nombre pour obtenir environ 180 grammes de sang. Une seule fois, elles

mportèrent la douleur; mais il faut noter que déjà celle-i avait diminué de plus des trois quarts sous l'influence u vésicatoire pansé avec la morphine, et que le sujet ait depuis quarante-quatre jours en traitement. Dans s autres cas, l'effet des ventouses fut nul, et un malade ant été traité presque uniquement de cette manière, rtit de l'hôpital non guéri, après avoir supporté inu-ement six applications de ventouses scarifiées. La né-algie n'avait, du reste, dans ces cas, rien de remarqua-e, ni par sa violence, ni par son ancienneté.

Ces faits viennent à l'appui de ce que j'ai dit relati-ment à l'application des sangsues, car, évidemment, s deux moyens agissent de la même manière.

6° *Morphine par la méthode endermique.*—Cette édication, qui a été mise si souvent en usage dans ces rniers temps, n'a été cependant employée que cinq fois ns les cent vingt-cinq cas que j'ai rassemblés. Dans au-n de ces cas, la maladie n'a été complétement guérie us l'influence de ce médicament; un soulagement ompt et très notable eut lieu chez un sujet; mais, lgré la continuation du pansement avec la morphine, guérison ne fut pas complète, et il fallut, pour l'a-ever, avoir recours à un vésicatoire simple. Chez les res, l'application de la morphine avait pour pre-r effet de déterminer une douleur excessivement vive dant une demi-heure ou une heure après le panse-nt; puis il survenait un engourdissement qui permet-un peu de sommeil; mais les douleurs ne tardaient à revenir aussi fortes qu'auparavant, et des alterna-s de douleur et de soulagement avaient lieu, jusqu'à qu'enfin les souffrances atroces causées par ce panse-nt déterminassent sa suppression dans trois cas,

tandis que l'inefficacité du remède conduisait au même résultat, chez le dernier sujet. Pour conserver la surface du vésicatoire fraîche, on l'entretenait avec la pommade épispastique, et peut-être l'irritation causée par cette substance rendait-elle, encore plus douloureuse l'action du sel de morphine (1). Du reste, quoique chez ces sujets la maladie fût généralement violente et datât d'un à neuf mois, elle n'offrit rien d'exceptionnel, et elle céda à d'autres agents thérapeutiques sans trop de difficulté.

En somme, bien que ce moyen ait eu pour résultat de calmer momentanément les douleurs et de procurer un peu de sommeil aux malades, il a été de peu d'utilité dans les cas où j'ai pu suivre son action; mais pour se prononcer hardiment sur sa valeur, il faudrait un plus grand nombre de faits, et surtout des faits dans lesquels le pansement avec la pommade excitante ne fût pas venu compliquer le traitement.

7° *Frictions médicamenteuses.* — Elles ont été employées bien rarement. Trois sujets seulement ont fait des frictions; les deux premiers, avec le baume tranquille et le baume opodeldoch; ils n'en ont éprouvé aucun effet; le dernier, avec la teinture de cantharides, à la dose de 2 grammes, et avec un résultat tel qu'il importe de l'étudier. Les frictions ont été pratiquées pendant onze jours; d'abord les douleurs, loin de diminuer, augmentèrent d'intensité, mais vers le huitième jour elles firent place à un sentiment de pesanteur, et, le douzième, elles avaient disparu. Ce cas serait plus remarquable si la maladie avait été ancienne et les douleurs violentes; mais il n'en était rien, car le début ne

(1) C'était l'hydrochlorate ou l'acétate de morphine qu'on employait à la dose de 3 à 8 centigrammes.

remontait qu'à douze jours, et la sciatique n'était caractérisée que par quelques douleurs lancinantes légères, venant se joindre à une sensation de contusion sourde et assez supportable. On ne peut d'ailleurs rien conclure d'un fait isolé.

8° *Bains simples.* — Les bains ont été fréquemment prescrits; dix-huit sujets en ont fait souvent usage; mais jamais on ne s'en est tenu à eux dans le traitement de la sciatique. En même temps qu'on avait recours à une médication plus ou moins active, on faisait prendre, tous les deux ou trois jours, un bain aux malades, en sorte qu'on doit regarder ce moyen comme un simple adjuvant. Si toutefois on voulait rechercher quel a été l'effet du bain, on verrait qu'il était des plus variables, tantôt les malades se trouvant mieux après l'avoir pris, tantôt au contraire plus mal, tantôt enfin la douleur restant la même. Il est pourtant vrai de dire que généralement il y avait un léger soulagement pendant le temps même du bain.

9° *Bains de vapeur.* — Ce que je viens de dire à propos des bains simples, s'applique aux bains de vapeur. Jamais la guérison n'a pu être obtenue à l'aide de ce moyen employé seul; mais le soulagement qu'il a apporté a été encore plus constant que celui des bains simples, et il s'est toujours prolongé plusieurs heures après le bain, surtout pendant le temps que durait la sueur consécutive. Le retour des douleurs avec la même intensité, la fatigue, et l'affaiblissement résultant des bains de vapeur, faisaient bientôt renoncer à leur usage.

§ II. Médication interne.

1° *Narcotiques.* — Les médicaments de cette nature

qui furent le plus souvent prescrits, sont l'extrait gommeux d'opium, à la dose de 5 à 15 centigrammes, et la poudre de Dower, à la dose de 1 à 6 décigrammes; chez quelques sujets, on remplaça l'opium par le datura stramonium, à la dose de 0,025 à 0,25 grammes. Jamais ces préparations ne furent administrées exclusivement pendant toute la durée de la maladie; le plus souvent on les mettait en usage en même temps que les vésicatoires simples. Dans les cas où leur dose fut le plus élevée, et pendant qu'elles étaient employées seules, elles ne firent jamais cesser les douleurs; mais, fréquemment, elles procuraient un sommeil plus ou moins long, et étaient utiles sous ce rapport. Des troubles de la digestion, tels que dégoût pour les aliments, langue sale, pâteuse, constipation, survinrent plusieurs fois sans qu'on pût en accuser autre chose que l'usage de l'opium continué pendant plusieurs jours, à la dose de 10 à 15 centigrammes; en effet, ces désordres cessaient aussitôt qu'on suspendait l'administration de ce médicament. De pareils accidents suivirent l'emploi des sels de morphine par la méthode endermique.

On ne peut donc compter sur les narcotiques pour la guérison de la sciatique; mais leur action sera toujours de quelque utilité dans une affection aussi douloureuse, en évitant aux malades tous les inconvénients d'une longue insomnie, et en engourdissant, pour ainsi dire, leurs douleurs, pendant que d'autres moyens seront employés pour les dissiper. Cotugno avait bien constaté cette inefficacité de l'opium, en tant que remède curatif, car il dit (1) : «.....Opium, dum solum adhibetur, dolorem sedat præsentem; etsi sæpe in hoc

(1) *Loc. cit.*, cap. LXIV.

morbo etiam fallat; non tamen reversionem ejus impedit. »

J. Frank (1) recommande les lavements émollients avec addition de vingt gouttes de laudanum de Sydenham, dans le cas de douleurs très violentes qu'il attribue à un mouvement inflammatoire; dans les observations que j'ai rassemblées, ce médicament n'a été ordonné que pour arrêter de légers dévoiements, survenus après l'emploi de remèdes excitants, et jamais il n'a eu un effet bien marqué sur les douleurs. Frank ne cite aucun fait.

2° *Sulfate de quinine.* — Quoiqu'on ait toujours recherché avec la plus grande attention les signes de périodicité qui pouvaient se présenter, il ne s'est trouvé que deux cas sur cent vingt-cinq dans lesquels on ait pu croire à l'existence d'une fièvre larvée. Dans ces deux cas, on s'est empressé d'administrer le sulfate de quinine, et surtout dans un d'eux où on l'a donné pendant huit jours, en élevant graduellement la dose jusqu'à 1,50 gram.; mais ce médicament n'a eu absolument aucun effet sur la marche de la maladie; sa seule action a été de troubler notablement les fonctions digestives.

Cependant, quelques auteurs ont cité des cas dans lesquels des signes de fièvre intermittente ayant éclairé le diagnostic, ils ont administré avec succès le quinquina; je me bornerai à signaler parmi eux Cotugno, qui a donné à cette fièvre le nom de *rheumatica febris*, et qui employait contre elle l'écorce du Pérou, jointe à l'opium. Il a même soin, pour prouver que la guérison n'est pas due à l'opium, de citer un fait où le quinquina fut prescrit seul. Il ne donne que le résumé de cette obser-

(1) *Loc. cit.*

vation, mais ce résumé me paraît assez intéressant pour être rapporté : « Nuper vir (1) quinquagenarius septem vexatus menses ischiadica febre, cujus sub noctis ingressu constans et acerbissima erat reversio, corticem partitis mane dosibus, meo consilio assumpsit, opio, quod noluit admittere, non immixto; is à quinto die ab exacerbatione illa, liber evasit. » L'ancienneté de la maladie, la régularité des accès, et la prompte disparition des symptômes sous l'influence du quinquina, n'ont pas besoin de commentaires pour être appréciées. Ainsi donc, bien que, d'après les faits que j'ai rassemblés, la sciatique périodique soit plus rare, au moins à Paris, que quelques praticiens ne paraissent le croire, on ne devra jamais négliger de rechercher avec une scrupuleuse attention l'existence de la périodicité qui rendrait la guérison si facile.

3° *Acétate d'ammoniaque.* — Ce médicament a été trop rarement employé, car on ne l'a administré que trois fois, pour qu'on puisse en connaître les effets. D'ailleurs, on l'a toujours mis en usage concurremment avec les vésicatoires, en sorte que son action s'est trouvée masquée ; on le donnait à la dose de deux grammes. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il n'a entravé en rien la guérison, qui a été facilement obtenue par les vésicatoires.

4° *Huile essentielle de térébenthine.* — L'emploi de cette substance n'est pas nouveau, puisque Galien en faisait usage, en se bornant, il est vrai, à l'appliquer à l'extérieur. Quelques médecins plus modernes avaient suivi cet exemple, mais c'est surtout Cheyne et F. Home

(1) *Loc. cit.*, cap. LXIV.

n Angleterre, MM. Récamier et Martinet (1) en France, qui l'ont employée avec le plus de persévérance, et n ont le plus vanté les succès. Ayant rassemblé et nalysé les observations contenues dans le mémoire du ernier de ces auteurs, je me trouve posséder soixante-inq cas traités par l'huile de térébenthine, dont soixante t un lui appartiennent. Je ne crois pas pouvoir mieux éterminer la valeur de ce moyen qu'en donnant les ésultats fournis par l'examen de tous ces faits. Je vais 'abord passer en revue les observations que M. Martinet présentées dans son ouvrage, soit qu'il les ait recueillies ui-même, soit qu'elles lui aient été adressées par d'au-res observateurs.

La plupart d'entre elles sont loin de renfermer tous s détails nécessaires pour la solution d'une question érapeutique; mais il en est trois surtout (obs. IX, III et L), qui me paraissent tout-à-fait insuffisan-s, et que par conséquent il faut absolument suppri-ner. Le nombre se trouve donc réduit à cinquante-uit. La guérison a eu lieu trente-neuf fois (2), c'est-à-dire

(1) *Du traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de ébenthine*, 2e édition. Paris, 1829.

(2) Ceux qui auront recours à l'ouvrage de M. Martinet pour vérifier s résultats que je présente ici, seront peut-être surpris de voir que, dans n résumé, l'auteur donne des nombres sensiblement différents; une plication est nécessaire à ce sujet.

M. Martinet compte 62 névralgies sciatiques, dans ses observations; ais dans ce nombre se trouve une névralgie fémoro-prétibiale qui a é introduite par mégarde, et qui fait partie des guérisons. Restent donc névralgies sciatiques ainsi réparties par l'auteur :

Guéries. . . . 47 au lieu de 48, par suite de la supp. de la név. crurale.
Soulagées. . . 10
Non guéries. . 4

Mais par le dépouillement des observations j'ai trouvé :

1° Six cas (obs. 20, 66, 67, 68; 69, 70) dans lesquels l'auteur lui-même connaît l'*insuccès*.

2° Quatre cas (obs. 21, 59, 61, 64), dans lesquels M. Martinet n'admet

dans les deux tiers des cas, ce qui serait une proportion considérable. Mais il importe beaucoup de s'assurer si ce résultat n'est pas incontestable. Parmi les cas de guérison, il en est cinq qui paraissent douteux à différents titres : dans deux (obs. XXX et XLVIII), la térébenthine a été unie au laudanum ; quelle part ce dernier médicament a-t-il eue dans la cure? Je suis loin de prétendre qu'il faille lui attribuer le succès; mais peut-on dire qu'il n'y ait pas contribué ? Dans cette incertitude, on ne peut faire usage de ces deux faits. Dans un troisième cas (obs. XLV), la guérison n'a pu être achevée que par l'emploi des moyens externes; dans un quatrième (obs. LV), il y a eu une très grande amélioration en peu de jours, mais le sujet n'était pas complétement guéri ; enfin, le cinquième cas (obs. XXVII) offre un exemple de disparition si rapide des douleurs, qu'on est porté, lorsqu'on connaît la marche de la maladie, à n'y voir qu'une de ces névralgies fugitives, revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, et disparaissant spontanément après une courte durée. Le nombre des guérisons non douteuses se trouve donc réduit à trente-quatre sur cinquante-trois, ou à un peu moins des deux tiers des cas.

qu'un succès incomplet, mais qu'il faut regarder comme des cas de non-guérison, car l'amélioration est trop douteuse ou trop légère, pour entrer en ligne de compte, et peut aussi bien dépendre d'une simple rémission, commune dans cette maladie, que de l'action du médicament.

3° Il faut en dire autant de trois autres cas (obs. 60, 62, 65), dans lesquels il n'y a eu, suivant l'auteur, qu'un soulagement *très léger* ou *éphémère*.

4° Enfin dans six cas (obs. 23, 26, 31, 32, 53, 61), il y a eu soulagement marqué, mais non guérison complète par la térébenthine, puisque, dans tous ces cas, la douleur n'était pas complétement dissipée, et que dans trois il fallut avoir recours au vésicatoire. Et pourtant cinq de ces derniers cas ont été rangés par M. Martinet parmi les guérisons complètes. L'analyse rigoureuse des faits ne permet pas d'adopter cette manière de voir. On se convaincra de ce que j'avance par la lecture du mémoire.

Des dix-neuf cas où la guérison n'a pas eu lieu, eize ont été tout-à-fait rebelles à l'action de la térébenthine. Dans les six autres, il y a eu un soulagement lus ou moins marqué. Mais ce qu'il importe de noter, est que parmi ceux où l'huile de térébenthine a été efficace, on en trouve six (obs. XXVI, XXXI, XXXII, X, LXV, LXVII) où la substitution du vésicatoire mple à ce médicament a été suivie d'un prompt et enier succès.

En ajoutant les quatre cas que j'ai puisés à d'autres urces ou que j'ai observés moi-même, on a encore ne proportion différente, car un seul d'entre eux est n exemple de guérison complète; en sorte que la proortion définitive serait trente-cinq guérisons sur cinnante-sept, ou les cinq huitièmes.

Quant à l'ancienneté de la maladie, elle était aussi riable que dans les cas où l'on a employé d'autres oyens thérapeutiques; mais pour les cas de guérison mplète, elle n'a jamais dépassé dix-huit mois, et pluurs fois elle n'était que de huit ou quinze jours. en qu'il ne soit pas possible d'établir une comparain rigoureuse entre des faits où règnent de si grandes férences, on peut dire d'une manière générale que les s observés par M. Martinet, n'offraient dans l'annneté et dans la violence de la maladie, rien qui pût ndre le traitement plus infructueux que dans ceux où térébenthine n'a pas été mise en usage, et que s'il y ait une légère différence, elle serait plutôt en faveur ces derniers.

Mais il est une autre considération qu'il ne faut pas blier. Des observations contenues dans le mémoire de Martinet, plus de la moitié lui ont été communi-

quées, ou bien ont été prises par lui dans des ouvrages où on les donnait comme preuves de l'efficacité de la térébenthine. Or, personne n'ignore que lorsqu'un médicament quelconque est préconisé, on se hâte d'adresser à l'observateur qui l'a mis en vogue les cas les plus favorables; tandis que les cas contraires sont le plus souvent ignorés. Tout porte à croire qu'il en a été ainsi relativement à l'emploi de la térébenthine dans la sciatique; et M. Martinet le reconnaît lui-même, avec une bonne foi dont tout son mémoire est, du reste, trop empreint pour qu'on puisse un instant la mettre en doute. Après avoir commenté les observations qu'il a pu recueillir, il ajoute que plusieurs médecins, au nombre desquels se trouvent MM. Deslandes, Bousquet, Jolly, Léveillé, ont éprouvé des insuccès avec le médicament dont il s'agit, et il regrette de ne point posséder ces observations. On comprend tout d'abord combien les données du problème se trouvent changées par l'introduction de ce nouvel élément, ce qui est d'autant plus malheureux, qu'il est impossible de calculer les modifications qui seraient introduites dans les résultats précédents par l'analyse des observations qui n'ont pas été communiquées à M. Martinet, *parce que* le traitement par l'huile essentielle de térébenthine avait été infructueux.

Quelle conclusion tirer de ce qui précède? Quelle est l'efficacité réelle de l'huile essentielle de térébenthine? Il est fort difficile de répondre positivement à ces questions. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que, d'après les faits dont je viens de présenter l'analyse, ce médicament a été trop vanté par les uns et trop déprécié par les autres. Si nous ne pouvons pas, avec les observations

e M. Martinet, nous faire une idée réelle de la proportion des guérisons et des insuccès, du moins nous y ouvons un nombre de cas assez considérable dans lesuels la térébenthine a eu les plus heureux effets, car équemment la guérison complète est survenue au bout e six à dix jours, et quelquefois moins, chez des ujets affectés, depuis plusieurs mois, d'une sciatique our laquelle on avait mis en usage les moyens les plus ariés. Tous les faits négatifs ne peuvent rien contre es faits positifs, et lorsqu'on voit dans plus de trente as, une maladie longue, opiniâtre, très douloureuse, isparaître, sans qu'il y ait rien de changé que la méication, on ne peut s'empêcher de rapporter la guérion à celle-ci. L'usage de la térébenthine ne saurait donc re abandonné, et c'est pourquoi je vais, d'après le iémoire de M. Martinet, faire connaître les diverses ormes sous lesquelles elle est le plus ordinairement adiinistrée, les doses auxquelles on peut la porter, et les ccidents qu'elle peut occasionner.

Une des préparations le plus souvent employées par I. Martinet, est la suivante :

Looch térébenthiné.

℞ Jaune d'œuf. . . . . . n° 1.
Essence de térébenthine. . ʒiii (12 grammes).
Sirop de menthe . . . . ℥ ij (64 grammes).
— de fleurs d'oranger. . ℥ ij (64 grammes).
F. S. A. un looch. — Trois cuillerées par jour.

M. Martinet ajoute qu'il faut quelquefois mêler à ce ooch, de deux à quatre grammes de laudanum, pour révenir les vomissements. Mais le laudanum étant un édicament employé contre les névralgies, on complique le traitement.

Le mélange suivant est exclusivement prescrit par M. Récamier :

℞ Huile de térébenthine . .	ʒij (8 grammes).
Miel rosat.	℥iv (128 grammes).

A prendre par cuillerées, de deux à six fois par jour.

Pour éviter l'action du médicament sur la muqueuse gastro-intestinale, M. Martinet a eu l'idée de donner un opiat térébenthiné dont voici la formule :

Opiat térébenthiné.

℞ Huile de térébenthine. . . .	ʒij (8 grammes).
Gomme arabique en poudre. .	℥iß (48 grammes).
Sucre pulvérisé	℥ß (16 grammes).
Sirop de fleurs d'oranger. . .	℥j (32 grammes).

F. S. A. un opiat. — En prendre le tiers par jour, en trois fois et entre deux pains à chanter.

Il ne ressort pas positivement des faits cités par l'auteur, qu'il ait atteint par l'emploi de cet opiat le but qu'il se proposait, qui est d'éviter les troubles du tube digestif.

La saveur et surtout l'odeur de la térébenthine excitent quelquefois chez les malades un dégoût invincible; pour remédier à cet inconvénient, M. Martinet a fait faire la préparation suivante :

℞ Huile de térébenthine.	ʒj (4 grammes).
Magnésie calcinée.	℈ijß (3,3 grammes).
Huile de menthe.	gtt. viij.

F. S. A. un opiat, et conservez dans un pot d'étain. — A prendre dans du pain à chanter trois fois par jour, par bols de la grosseur d'une noisette.

Cette préparation est, en effet, celle qui occasionne le moins d'inconvénients. Dans un cas où l'opiat n'avait pas pu être supporté, j'ordonnai des pilules composées de térébenthine et de magnésie calcinée, qui produisi-

ent une amélioration notable, sans qu'il en résultât ucun trouble du côté des voies gastriques.

Enfin le liniment dont se sert M. Martinet pour les rictions est composé ainsi qu'il suit :

Liniment térébenthiné.

℞ Huile de camomille.	℥ ij (64 grammes).
Essence de térébenthine . . .	℥ j (32 grammes).
Laudanum liquide de Sydenham.	ʒj (4 grammes).

Des expériences comparatives suffisantes n'ont pas été ites pour s'assurer si une de ces préparations était lus efficace que les autres.

J'ai dit plusieurs fois que l'huile de térébenthine éterminait des troubles plus ou moins marqués dans iverses fonctions; on en trouve l'indication dans le taleau suivant (1) :

Chaleur ou pesanteur d'estomac, inappétence, rapports désagréables, ardeur de la gorge.	15 fois.
Vomissements, coliques où dévoiement.	8
Chaleur générale.	3
Chaleur beaucoup plus marquée dans le memb. malade.	13
Sueurs avec ou sans picotements.	10
Augmentation des urines.	4
Strangurie ou dysurie.	2

Le plus ordinairement, les malades présentaient pluurs de ces symptômes à la fois, et dans quelques cas s accidents acquirent une telle gravité qu'on fut obligé suspendre le traitement.

A l'époque où ces faits furent publiés pour la pre-

(1) Les nombres contenus dans ce tableau ne sont pas les mêmes que ıx que M. Martinet a donnés dans son résumé (p. 187), parce qu'il ne git ici que des cas de névralgie sciatique, tandis que cet auteur a fait trer dans son tableau toutes les névralgies contenues dans son méire, quelles qu'elles fussent.

mière fois, on parut fort effrayé de ces accidents ; on y voyait, en effet, des symptômes de gastrite et d'entérite, mots qui suffisaient alors pour épouvanter bien des médecins. Aujourd'hui que les maladies intestinales sont mieux connues, on tiendrait peu de compte de cette irritation produite sur le tube digestif par la térébenthine ; mais, suivant plusieurs auteurs, et en particulier M. Réveillé-Parise (1), ces accidents peuvent dans certains cas devenir plus graves. C'est là un inconvénient incontestable attaché à ce médicament, et qui doit rendre plus réservé dans son administration.

Tisanes.—On n'a jamais reconnu une grande importance à la composition des tisanes, dans le traitement de la névralgie sciatique; aussi les variait-on fréquemment suivant le goût des malades. Les plus usitées furent l'infusion de sureau ou de bourrache miellée, la violette sucrée, le chiendent, et une décoction sudorifique. On peut choisir entre ces boissons, auxquelles on peut joindre l'infusion de tilleul et de coquelicot. Données seules, ces tisanes n'ont jamais produit d'effet sur la maladie.

Régime. — Ce n'est qu'accidentellement, lorsque les fonctions digestives étaient troublées, et surtout lorsqu'il y avait de la fièvre, que les malades étaient mis à la diète. On leur accordait généralement la demi-portion ou les trois quarts, et il n'en résultait aucun inconvénient.

Moyens divers. — On voit combien, quand on veut peser toutes les circonstances et fonder ses conclusions sur la base solide des faits, on éprouve de difficulté à résoudre les questions de thérapeutique. Cependant, à lire la plupart des auteurs qui ont exposé le traitement de la sciatique, il semble que rien n'est plus facile, et que

(1) *Mémoire sur la sciatique,* Arch. gén. de méd., t. IX.

action des médicaments se démontre d'elle-même. Je ne
iterai pour exemple que J. Frank. Il divise le traitement
énéral, en traitement de la maladie récente et traite-
ent de la maladie ancienne. Pour le premier cas, il
onseille au même titre : la saignée, et surtout la sec-
on de la veine la plus voisine de la partie malade ; les
ngsues en grand nombre ; la scarification des vaisseaux
émorroïdaux ; les ventouses scarifiées ; la position ; les
omentations froides ; un électuaire lénitif ; les lavements
nollients, avec addition, après la diminution du mou-
ement inflammatoire, de quelques gouttes de lauda-
um. Lorsque la maladie est ancienne, il recommande
s enduits, et principalement une toile fine couverte
e cérat ; les habits de laine ; les eaux thermales sulfu-
euses ou autres ; les embrocations sur le membre ma-
de avec ces mêmes eaux ; les bains de vapeur d'eau ;
s fumigations sulfureuses ; les frictions sur la plante
es pieds avec l'huile d'olive, de millepertuis, de
rébenthine, avec l'axonge de divers animaux, avec
n liniment volatil, avec l'onguent mercuriel ou cam-
hré, avec la teinture de cantharides, ou avec la *sa-*
ve, l'opium et le camphre ; l'urtication ; l'emplâtre
aphorétique de Mynsicht, que Frank vante beau-
oup ; l'emplâtre de jusquiame ; l'emplâtre savonneux
e Barbette, sciatique de *Ph. Daniac* ; le vésicatoire
la manière de Cotugno ; les exutoires ; les sétons ; la
utérisation auprès du grand trochanter, sous le genou,
ur la malléole ; la section transversale des nerfs sur la
ce dorsale de la seconde phalange, dans les cas de
évralgie des doigts du pied. Selon l'auteur, l'électri-
té n'est utile que dans les névralgies d'origine trau-
atique, elle est nuisible dans toute autre circon-

stance; il pense qu'on doit attendre les mêmes effets du galvanisme. Quant aux médicaments internes, il conseille ceux qui peuvent absorber la prétendue liqueur extravasée dans les gaînes du nerf, et l'éliminer soit par les urines, soit par les sueurs; d'où il résulte qu'on doit prescrire : le calomel, l'æthiops antimonial, les poudres de Plummer, la douce-amère, le gayac, le vin antimonié d'Huxham, le soufre, l'huile de térébenthine. L'aconit et les autres narcotiques, la *digitale pourprée* exceptée, n'ont eu entre les mains de Frank que peu de résultat. L'opium calme les douleurs nocturnes; mais la constipation, à laquelle il donne lieu, est nuisible, surtout dans la névralgie sciatique. Dans les cas de prostration des forces, il faut administrer le quinquina et *les autres toniques*, et ordonner un régime nourrissant. Enfin Frank *se garde bien d'omettre que la musique a mérité les éloges de tous les âges dans la sciatique!*

J'ai cité cette longue liste de moyens curatifs, tant pour faire connaître les nombreux médicaments qui ont été proposés contre la névralgie fémoro-poplitée, que pour montrer la facilité avec laquelle on admet tout en thérapeutique. Pourquoi Frank a-t-il préconisé tant de médications différentes qu'il place sur la même ligne? Parce que tel ou tel auteur les a vantées, ou parce qu'il croit en avoir tiré de bons effets dans un ou deux cas, ou enfin parce que leur action physiologique lui paraît devoir être favorable, suivant la théorie qu'il a adoptée. Est-il rien de moins philosophique que cette manière de raisonner? On ne sait de quoi l'on doit le plus s'étonner, ou de la crédulité merveilleuse de la plupart des praticiens, ou de la confiance inébranlable avec laquelle ils

utiennent ce qu'ils ont cru si facilement. Et l'on de-
aande ensuite pourquoi la thérapeutique a fait si peu de
rogrès! N'eût-il pas mieux valu cent fois que J. Frank
fût borné à étudier l'action d'un seul médicament, et
u'il l'eût fait avec cette rigueur qui peut seule conduire
la vérité, que d'aller puiser à toutes ces sources
ispectes, pour nous former un arsenal médical, dont
is une pièce n'a été convenablement éprouvée? Tout
et article de Frank n'a donc aucune utilité réelle, si
: n'est pour indiquer aux expérimentateurs les moyens
iérapeutiques dont il doivent étudier l'action.

Je terminerai en disant un mot des frictions mercu-
ielles employées par Cirillo. Cet auteur (1), ayant cru
ouver dans plusieurs cas de sciatique une cause syphi-
ique, employa l'onguent mercuriel en frictions sous la
lante des pieds, et réussit plusieurs fois. Il cite huit cas
ui ont tous été traités avec succès de cette manière, ce qui
confirme dans l'opinion où il est sur la nature
e la maladie. J'ai parcouru ces observations; elles man-
uent de détails. On n'est pas toujours sûr qu'il s'agisse
ellement d'une sciatique, parce qu'il n'est jamais dit
il existait ou non des tumeurs osseuses; et en fût-on
onvaincu, il ne serait pas prouvé que la névralgie est
e nature syphilitique, les frictions mercurielles pou-
unt avoir une action sur la sciatique simple. Il faudrait
onc, pour se faire une opinion fondée à cet égard, des

(1) *Loc. cit.*, p. 251 et suiv. On sait que Cirillo ne pratiquait pas ses
ctions avec l'onguent mercuriel ordinaire, mais bien avec un onguent
sublimé dont voici la formule :

℞ Mercur. sublimat. corrosiv. . . ʒj.
Axung. porcin. N. E. . . . . . ℥ j.

M. et tritur. simul in mortar. vitr. per hor. xij. ut. f. ung.

Comparez la *Pharmacopée universelle*, par A. J. L. Jourdan, deuxième
iition. Paris, 1840, t. II, p. 72.

faits mieux observés, mieux présentés, et comparés à d'autres qui n'inspirassent aucun doute sur la nature non vénérienne de la maladie.

On a vu que j'ai négligé de parler de la section et de la résection du nerf sciatique, comme moyen curatif de la névralgie. Je n'ai pas cru devoir le faire, parce que ces opérations sont généralement repoussées, et qu'il n'est point prouvé qu'elles fussent nécessaires dans les cas où on les a pratiquées.

§ III. Moyens prophylactiques.

Ce n'est que d'après la connaissance des causes que l'on peut indiquer quelques précautions propres à se préserver de cette douloureuse maladie; mais, comme on l'a vu, le nombre des causes non douteuses est peu considérable, et par conséquent, il en est de même des moyens prophylactiques dont l'utilité est démontrée.

De toutes les causes sous l'influence desquelles la sciatique peut se produire, il n'en est aucune qui soit moins douteuse que l'action du froid. Ainsi, la fréquence notablement plus grande de cette maladie dans les saisons froides; son apparition, dans plusieurs cas, très peu de temps après un refroidissement plus ou moins prolongé, et chez des sujets habitant des lieux froids et humides; les exaspérations de la douleur plus fréquentes lorsque la température s'abaisse; tout se réunit pour démontrer l'action fâcheuse du froid. M. Louis a observé un assez grand nombre de cas dans lesquels des sujets couchant le long d'un mur humide et froid, ont été atteints d'une sciatique ayant son siége dans le membre le plus voisin du mur; nouvelle preuve non moins forte que les précédentes. C'est donc avec beaucoup de raison qu'on a

onseillé aux sujets affectés de sciatique, de se couvrir
e flanelle et de vêtements chauds. Ils devront éviter
'avoir les pieds et les jambes mouillés, et comme, dans
s névralgies, le plus souvent le froid produit la ma-
ıdie par son action directe, c'est surtout à préserver
s membres inférieurs des courants d'air et du froid
umide qu'on devra mettre tous ses soins. Le nom-
re des cas dans lesquels un refroidissement subit
t une suppression de la transpiration, ont été la cause
e la sciatique, est très borné; c'est principalement
n agissant long-temps que le froid détermine les dou-
urs nerveuses. On évitera donc de séjourner dans
s endroits froids, et dans les courants d'air, même
endant l'été, et l'on ne cherchera pas à maintenir dans
s appartements une trop grande fraîcheur. Dans deux
as, où les névralgies se reproduisaient avec une grande
ıcilité dans diverses parties du corps, c'étaient là des
auses sous l'influence desquelles le retour du mal était
resque inévitable.

Voilà à quoi se borne la prophylaxie de cette né-
ralgie. On chercherait vainement dans l'étude de la
aladie, d'autres indications; aussi, tous les autres
oyens préservatifs qu'on a recommandés, sont-ils d'une
tilité au moins très douteuse; c'est pourquoi je ne les
entionnerai pas.

§ IV. Traitement en général.

Il serait facile, en se rappelant les divers détails ren-
rmés dans les paragraphes précédents, de se tracer une
arche à suivre pour le traitement de la névralgie sciati-
ue; mais, pour épargner ce soin au lecteur, je vais, dans

un court résumé, exposer, d'après l'analyse précédente, les généralités de ce traitement.

Le premier moyen à employer, est le *vésicatoire volant* multiplié avec persévérance sur les divers points douloureux. Loin de chercher à l'exciter, il faudrait appliquer sur lui un cataplasme, pour peu que l'irritation fût un peu vive. Si ce moyen était infructueux, on aurait immédiatement recours à la cautérisation avec le fer rouge, soit en se bornant à la pratiquer sur les foyers de douleurs, soit en suivant le trajet du nerf. Les *vésicatoires pansés avec la morphine* sont une ressource sur laquelle il ne faut pas toujours compter dans le traitement de la sciatique; on y aura recours si les douleurs sont continues et résistent aux moyens précédents; mais il ne faut pas oublier que ce mode de pansement lui-même détermine de très vives douleurs, au moins lorsqu'on applique le sel de morphine sur une surface excitée par la pommade épispatique; on aura donc soin d'en prévenir les malades, et l'on suspendra ce traitement, si la douleur devient très violente, si l'irritation de la surface dénudée est très considérable, et s'il y a des accidents du côté du tube digestif.

Dans le cas où ces moyens n'auraient pas réussi, on administrerait l'*huile essentielle de térébenthine*, dont on surveillerait avec soin l'action. La préparation par laquelle on doit commencer, parce qu'elle détermine moins d'accidents qu'aucune autre, est celle qui consiste dans des pilules faites avec la térébenthine et la magnésie calcinée. Chaque jour, huit à quinze pilules contenant chacune 15 centigrammes d'huile de térébenthine, sont une dose suffisante. L'opiat indiqué page 638 et donné en bols, a les mêmes avantages.

Le *moxa*, les *ventouses scarifiées* et les *sangsues* 'ont pas produit d'assez bons résultats pour qu'on oive avoir confiance en eux; je ne saurais donc les re-ommander, bien que plusieurs auteurs prétendent en voir obtenu de bons effets; car leur opinion n'est pas iffisamment motivée.

On pourra employer, comme moyens adjuvants, les *ictions sèches* ou *médicamenteuses*, les *bains* d'*eau* u de *vapeur*, et les *narcotiques* à l'intérieur. Ces der-iers surtout ont l'avantage de procurer aux malades un eu de sommeil et de calme. Mais on aurait tort d'atten-re une guérison complète de ces moyens; les cas dans squels ils ont paru agir efficacement comme agents ıratifs, sont très rares et tout-à-fait exceptionnels.

Enfin des *boissons émollientes* ou *légèrement sudo-fiques* et un *régime* doux, mais non sévère, complète-ont le traitement. Je n'ai pas besoin d'indiquer ce qu'il onvient de faire lorsqu'il survient quelques troubles es fonctions digestives, accompagnés ou non d'un lé-er mouvement fébrile. Le plus souvent, il suffit de faire esser la cause, qu'on trouve facilement dans l'action es médicaments employés, pour voir ces accidents se issiper d'eux-mêmes.

CHAPITRE HUITIÈME.

NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL.

—

Art. 1er. — Considérations préliminaires; résumé historique.

A peine a-t-on commencé à reconnaître l'identité de nature qui existe entre les affections douloureuses des nerfs des diverses régions du corps, qu'on a voulu tracer leur histoire générale. Les travaux entrepris dans ce but, depuis le commencement de ce siècle surtout, sont nombreux, et plusieurs offrent un grand intérêt; mais aucun n'est un véritable résumé des meilleurs faits consignés dans les archives de la science. Une histoire générale des névralgies, fondée sur l'analyse rigoureuse des observations, était encore à faire. Plusieurs espèces de névralgies ayant d'ailleurs été, ou méconnues ou très incomplétement décrites jusqu'à ces derniers temps, les articles généraux ont dû nécessairement, en l'absence de renseignements suffisants sur un certain nombre de points, présenter des lacunes que l'observation seule pouvait remplir. J'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans utilité de rassembler les résultats fournis par l'étude de chaque névralgie en particulier, pour en faire sortir une histoire de la névralgie en général. En agissant ainsi, je suis sûr, que j'arrive ou non aux mêmes résultats que les auteurs qui m'ont précédé, de ne rien dire qui soit en dehors des faits, et ce sera la première qualité de ce chapitre.

Le nombre des faits dont j'ai pu disposer pour la
olution de plusieurs questions est assez considérable;
uelquefois il devient plus faible, et quelquefois aussi il
st tout-à-fait insuffisant, parce que les observations que
ai rassemblées et surtout celles que j'ai empruntées aux
iteurs ne présentent pas toujours les détails nécessaires;
est ce qui explique la différence des chiffres qu'on trou-
era dans les tableaux. Lorsque ces chiffres seront trop
ibles, je serai le premier à le reconnaître; mais je ne
s supprimerai pas, car on peut prévoir une époque où
s auront, en s'associant à d'autres, un degré incontes-
ble d'utilité.

Résumé historique. — La nature de cet ouvrage
ant principalement pratique, je ne peux donner à
istorique des névralgies qu'un développement très
nité. Il y a, je le sais, un très grand nombre de re-
erches importantes à faire sur ce point intéressant de
thologie. On verra, en effet, dans les articles consa-
és aux névralgies en particulier, que plusieurs auteurs
t été, ou mal compris, ou mal interprétés dans leurs
ssages les plus remarquables. Un travail qui nous
ait connaître d'une manière bien précise, non seule-
nt les opinions des auteurs, mais les faits qu'ils ont
pportés et les conclusions qu'ils en ont tirées, aurait
nc de grands avantages; mais forcé de me borner, j'ai
me renfermer dans une simple indication des princi-
ux ouvrages que nous possédons sur ce sujet.

L'étude de chacune des névralgies est loin de remon-
à la même antiquité. Il en est quelques unes que
us commençons à peine à connaître, tandis que
utres ont été signalées dès les premiers temps de la
decine. Parmi ces dernières, il faut placer en pre-

mière ligne la névralgie sciatique. Elle est déjà désignée dans les écrits d'Hippocrate ; mais bien qu'on en retrouve la description dans les ouvrages des Arabes, ce n'est réellement que depuis l'apparition du mémoire de Cotugno (1), qu'on en aconnu l'histoire. La névralgie trifaciale a été succinctement décrite à une époque assez reculée ; mais on peut dire qu'elle n'a véritablement pris place dans la science qu'à dater des observations publiées par André. Ainsi donc, jusqu'à ces derniers auteurs, l'histoire des névralgies en général devait se borner à très peu de chose, ou plutôt était impossible, car les connaissances des médecins, sur ces affections, se bornaient à quelques indications plus ou moins vagues sur deux d'entre elles. Sans doute, dans un certain nombre d'observations publiées avant l'époque dont il est question, on trouve des exemples qui peuvent, sans trop d'effort, être rapportés à d'autres névralgies ; mais, de ces indications éparses, il était impossible de faire sortir une histoire un peu satisfaisante de la névralgie en général. Après les ouvrages d'André et de Cotugno, on ne s'occupa guère que des deux névralgies que je viens de citer, négligeant ainsi deux affections indiquées par le dernier de ces auteurs : la névralgie crurale et la névralgie cubitale, jusqu'à ce que Chaussier, guidé principalement par les connaissances anatomiques, publiât la table synoptique dans laquelle il a établi d'une manière solide la classification de ces maladies. Cet auteur célèbre, saisissant d'un coup d'œil les analogies des diverses douleurs qui siègent dans les troncs nerveux, et qu'on avait jusqu'à lui désignées par une multitude de noms différents, les réunit sous cette

(1) *De isch. nerv. comment.*, Neapoli, 1764.

nomination commune de névralgie, aujourd'hui
néralement adoptée, et dans un tableau rapide en
ıça les caractères généraux et particuliers. On conçoit
mbien cette classification dut favoriser nos progrès
ns cette partie de la pathologie : on n'avait plus à
ıdier des affections dont les liaisons entre elles de-
ient paraître plus ou moins douteuses, et qui, avec
s noms si divers, devaient être très difficilement rap-
ochées ; mais une même maladie, conservant ses ca-
ctères distinctifs, en quelque partie du corps qu'on
bservât. Dès ce moment, parurent des observa-
ns, des thèses, des mémoires sur les diverses névral-
s en particulier, et sur les névralgies en général. Les
ncipaux travaux qui ont pour objet la névralgie en
ıéral sont indiqués dans les articles bibliographiques
dernes, et il serait inutile de les mentionner ici ;
ons seulement qu'ils sont nombreux, et que plusieurs
ntre eux ont servi à l'avancement de la science. J'ai
les plus importants, dans l'histoire des névralgies
particulier.

Art. II. — Considérations anatomiques.

Tous les auteurs ont remarqué que les nerfs les plus
erficiels étaient principalement, et peut-être unique-
ıt, affectés de névralgie ; mais on n'a pas poussé
vestigation plus loin, et l'on ne s'est pas demandé
ls étaient les points de ces nerfs superficiels qui
ent plus particulièrement envahis par la douleur.
st une lacune que je me suis efforcé de combler, et
servation attentive est venue me montrer que la dou-
névralgique n'occupait pas indistinctement, et

d'une manière tout-à-fait capricieuse, tel ou tel point du trajet du nerf; mais que, sous le rapport de son siége, elle était soumise à des règles, à des lois qui ne souffraient qu'un petit nombre d'exceptions.

En résumant les principaux résultats qui nous sont fournis par l'observation, nous voyons que la douleur occupe une plus ou moins grande étendue, suivant qu'elle est lancinante et intermittente, ou suivant qu'elle est fixe et continue. Il ne sera question dans ce moment que de cette dernière. Les points douloureux qu'elle constitue, et sur lesquels je reviendrai plus tard, se trouvent placés dans quatre points principaux du trajet des différents nerfs : 1° *au point d'émergence d'un tronc nerveux :* ainsi à la sortie des trous sus et sous-orbitaire et mentonnier, pour le nerf trifacial; dans l'aine, pour le nerf crural; à la partie inférieure de l'occipital, pour le nerf du même nom, etc.; 2° *dans les points où un filet nerveux traverse les muscles, pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient se jeter :* ainsi, les parties dans lesquelles viennent se rendre les branches postérieures des nerfs spinaux, etc.; 3° *dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments :* ainsi à l'extrémité des principaux rameaux de tous les nerfs cutanés, comme la partie antérieure des nerfs intercostaux, l'extrémité des nerfs collatéraux des doigts, etc. De ce dernier point on peut rapprocher ceux dans lesquels plusieurs rameaux, appartenant à des branches différentes, viennent se joindre par leurs extrémités; le plus remarquable est, sans contredit, le point qui siége aux environs de la bosse pariétale, et qui est commun aux névralgies trifaciale et cervico-occipitale; 4° enfin dans un point qu'on pourrait rapprocher du premier.

et qui se trouve *aux endroits où des troncs nerveux, par suite du trajet qu'ils ont à parcourir, deviennent très superficiels.* Les deux principaux sont ceux dans lesquels le nerf cubital et le nerf péronier contournent, l'un l'épitroklée et l'autre la tête du péroné. Je dis qu'on pourrait rapprocher ce point du premier, parce que le nerf, devenant tout-à-coup beaucoup plus superficiel, cette disposition constitue une espèce d'émergence. Rien n'est plus remarquable que cette prédilection de la névralgie pour des points déterminés du vaste réseau sensitif formé par les nerfs à la périphérie du corps.

Il est difficile de dire, avec la dernière précision, quels sont, parmi ces points, ceux qui présentent plus souvent des douleurs dans les névralgies; mais on peut avancer, d'une manière générale, que les points d'émergence sont le plus fréquemment et le plus violemment atteints.

Si maintenant on recherche, dans la structure même du nerf, quelle est la cause de cette préférence pour tel point plutôt que pour tel autre, on voit qu'il est impossible d'en trouver aucune, et que tout se réduit à la position superficielle de l'organe et à sa destination particulière, c'est-à-dire que la douleur affecte exclusivement, dans la névralgie, les nerfs sous-cutanés, ou qui entretiennent la sensibilité tactile.

ART. III. — SYMPTÔMES.

SECTION Ire. — Symptômes principaux et caractéristiques.

§ Ier. Douleur.

Le principal et souvent l'unique symptôme de la névralgie, c'est la douleur; tous les autres ne sont qu'accessoires; ils peuvent avoir une valeur plus ou moins

considérable; mais aucun d'eux ne saurait caractériser la maladie. C'est donc la douleur que nous avons plus particulièrement à étudier, et nous devons la décrire dans son siége, dans sa forme, dans sa violence et dans sa marche.

1° *Siége de la douleur.* — Dans les considérations anatomiques, j'ai indiqué, d'une manière générale, la prédilection affectée par la névralgie, pour certains nerfs et pour certains points de ces nerfs; mais il me reste maintenant à entrer dans des détails plus précis, et à faire connaître le côté qu'affecte la douleur, l'étendue des points qu'elle occupe constamment, celle qu'elle peut envahir momentanément, etc., etc.

Lorsqu'on demande à un malade affecté de névralgie quels sont les points envahis par la douleur, tantôt il désigne tout le trajet d'un nerf, comme on le voit fréquemment dans la sciatique, tantôt, et l'on en a de nombreux exemples dans la névralgie intercostale, il indique plusieurs points distincts dans l'étendue de ce nerf. Mais, même dans le premier cas, si l'on pousse plus loin l'interrogatoire, on s'assure que le malade n'a voulu parler que de la douleur lancinante et intermittente; car si, dans les intervalles des élancements, on lui demande quel est le siége de sa douleur, il répond alors en disignant des points limités. Ainsi, dans la névralgie trifaciale, il indique le sourcil, le haut du nez, la tempe, etc.; dans la névralgie sciatique, la hanche, le genou, le pied, etc.; dans la névralgie brachiale, l'épaule, le coude, les doigts. Il y a donc, chez le malade lui-même, un sentiment de la dissémination de la douleur; mais ce sentiment est le plus ordinairement vague, comme on s'en aperçoit bientôt en poursuivant l'exploration. Lorsqu'il indique, en effet,

ces divers points : la hanche, le genou, la partie externe du pied, par exemple, il désigne toujours une surface plus grande que celle qui est recouverte par la portion douloureuse des téguments. Ce n'est qu'à l'aide de la pression, dont il sera question plus loin, qu'on découvre exactement l'étendue des points douloureux, et qu'on peut en tracer les limites d'une manière précise. Pendant les élancements dont j'ai dit un mot, et sur lesquels j'entrerai bientôt en de grands détails, la douleur occupe un espace beaucoup plus étendu, et parcourt un plus ou moins grand nombre des ramifications superficielles du nerf. Ainsi, dans certains moments, son siége n'est plus le même, ce qui est un caractère remarquable de la névralgie.

On a, surtout dans ces derniers temps et à l'imitation de Chaussier, décrit un grand nombre de névralgies bornées à une seule branche nerveuse, à une seule division du nerf principal. L'histoire des névralgies a paru acquérir par là une grande précision; mais le but n'a-t-il pas été dépassé? N'y a-t-il pas eu, s'il est permis de parler ainsi, excès de localisation? Dans la névralgie de la tête, on a distingué les névralgies frontale, sous-orbitaire, maxillaire, quelquefois même, une névralgie temporale et nasale; dans la sciatique, on a trouvé la névralgie fémoro-poplitée, proprement dite, la névralgie péronière, plantaire interne et externe; la névralgie brachiale a été divisée en cubitale ou cubito-digitale, musculo-cutanée radiale, etc., etc. Il semble, d'après ces divisions si tranchées, que la maladie affecte uniquement les divisions nerveuses secondaires qui viennent d'être mentionnées; mais l'observation nous apprend qu'il n'en est pas ordinairement ainsi; que, le plus souvent, plusieurs de ces divisions secondaires sont affectées à la fois,

et que lorsqu'on pousse l'examen aussi loin que possible, on parvient presque toujours à retrouver la douleur dans le tronc nerveux lui-même, ou dans le plexus qui produit les branches principalement atteintes. Si les observateurs n'ont point reconnu ce fait, c'est qu'ils se sont ordinairement contentés d'explorer les points les plus douloureux. Cette solidarité des diverses divisions d'un même nerf a été reconnue pour la névralgie trifaciale, et M. Bérard aîné (1) l'a formellement signalée; mais les descriptions particulières de chaque névralgie nous ont prouvé qu'elle n'appartient pas en propre au tic douloureux, et qu'elle se retrouve dans les autres affections du même genre. Règle générale : Lorsque la névralgie occupe une branche d'un nerf, elle s'étend à un plus ou moins grand nombre de ses divisions superficielles. Qu'on explique ce fait par les anastomoses ou par la source commune des branches nerveuses, il faut toujours en reconnaître l'existence, car elle est prouvée par l'observation. Lors donc qu'un auteur désigne la maladie par le nom d'une des divisions secondaires, il faut entendre, que cette branche est *principalement*, mais non *exclusivement* affectée.

Il est cependant des cas dans lesquels la névralgie est parfaitement bornée à un seul rameau; j'en ai cité des exemples. Mais ces cas ne constituent qu'une très faible minorité, ce dont il importe d'être convaincu, car ce fait peut avoir une très grande influence sur le traitement. Quelques branches nerveuses paraissent plus que les autres susceptibles d'être affectées isolément de névralgie; ce sont, d'après les observations que j'ai rassemblées, le nerf maxillaire inférieur et le nerf cubital; et d'après celles d'Astley Cooper et de Chaussier, le nerf

(1) *Dictionn. de méd.*, vol. XII, art. *Névralgie faciale.*

lio-scrotal. Est-ce dans le moins grand nombre des connexions de cès nerfs avec les rameaux émanés de la même source, qu'il faut en chercher la raison ?

Ce que je viens de dire relativement aux branches produites par un même nerf ou par un même plexus, 'applique, quoique d'une manière moins générale, aux nerfs voisins les uns des autres. Il est fréquent, en effet, le voir la névralgie envahir les divisions nerveuses qui ntourent le nerf primitivement affecté, et se propager par contiguïté. Ainsi, la névralgie trifaciale se propage aux nerfs cervicaux, en suivant le nerf occipital ; la névralgie cervico-occipitale s'étend, au contraire, au nerf rifacial, en suivant une marche inverse ; la névralgie rachiale gagne les nerfs cervicaux ou thoraciques ; la névralgie intercostale envahit de proche en proche, d'une part, les nerfs du bras, et de l'autre, ceux des lombes ; l n'est pas jusqu'à la névralgie sciatique qui, bien u'elle paraisse si exactement circonscrite, n'ait une ssez grande tendance à s'étendre aux nerfs lombaires, t plus encore au nerf crural. C'est par cette tendance de a névralgie à envahir les nerfs voisins, qu'on peut expliuer l'existence de certaines douleurs nerveuses qui, près avoir eu un siége borné, deviennent presque génélales, comme j'en ai vu des exemples. Les sujets présennt, dans ces cas, presque toutes les espèces de névralgies onnues (1).

(1) J'ai eu un instant la pensée de présenter quelques observations : ce genre, mais outre que j'ai craint d'étendre cet ouvrage au-delà des rnes, j'ai bientôt été convaincu qu'il n'y aurait pas grande utilité à ire connaître ces faits en détail. Ces névralgies n'ont, en effet, rien : particulier, seulement elles existent en plus ou moins grand nombre, ı se remplacent fréquemment l'une par l'autre. Ces *névralgies multiples* t *erratiques* sont ordinairement très difficiles à guérir. J'aurai occasion en parler encore dans la suite de ce chapitre.

La facilité avec laquelle a lieu cette propagation de la névralgie par voie de contiguïté, n'est pas la même pour toutes les affections de ce genre; elle est bien plus grande dans les névralgies trifaciales et cervico-occipitales, que dans toutes les autres.

D'après tout ce qui vient d'être dit, je crois devoir diviser les névralgies en autant d'espèces qu'il y a de troncs nerveux ou de plexus envoyant des branches à la superficie du corps, et mettre au rang des simples variétés les affections de ce genre qui sont bornées à une seule division de ces nerfs et de ces plexus. Cette classe importante de maladies se trouve représentée dans le tableau synoptique suivant :

NÉVRALGIES.	VARIÉTÉS.	
1° Trifaciale. . . .	sus-orbitaire.	
	sous-orbitaire.	
	maxillaire inférieure	
	nasale	variétés rares.
	temporale	variétés rares.
2° Cervico-occipitale .	occipitale.	
	mastoïdienne.	
3° Brachiale	cubitale.	
	musculo-cutanée.	
	radiale.	
	médiane.	variété fort rare.
4° Dorso-intercostale.	dorsale.	variétés rares.
	intercostale. . . .	variétés rares.
5° Lombo-abdominale	lombaire.	proprement dite.
	ilio-scrotale.	
6° Crurale		
7° Fémoro-poplitée .	fémoro-poplitée . .	proprem. dite (sciatique).
	péronière.	
	plantaire externe.	
	plantaire interne.	
8° Multiple ou erratiq.		

2° *Formes et caractères de la douleur.* — S'il est vrai que dans toutes les affections douloureuses on doit distinguer, avec le plus grand soin, la douleur qui naît spontanément de celle qui est provoquée, soit par les mouvements ou tout autre acte de la part du malade, soit par l'exploration de l'observateur, cette vérité s'applique surtout à la névralgie, qui cependant a été bien rarement étudiée sous ce double point de vue. Je vais décrire séparément ces deux espèces bien distinctes de douleur névralgique : la douleur spontanée et la douleur provoquée.

a. Douleur spontanée. — Elle est elle-même de deux espèces très distinctes. Chez le même sujet, en effet, on trouve une douleur sourde et contusive, qui existe d'une manière continue quoiqu'à des degrés très différents à diverses époques de la journée, et une douleur vive, intermittente, revenant à des intervalles ordinairement variés. La première de ces deux espèces de douleur a peu fixé l'attention de la plupart des observateurs, tandis que la seconde a été presque uniquement étudiée par eux : c'est cette dernière que l'on a désignée par le nom générique d'*élancements*. Je n'imiterai pas ces auteurs, car je regarde la première espèce comme aussi importante au moins que la seconde, et comme servant tout aussi bien à caractériser la maladie. C'est par elle que je vais commencer la description.

Douleur contusive continue. — Cette douleur, bien qu'elle ne soit pas très violente, ne laisse pas néanmoins d'être extrêmement incommode pour les malades, qui souvent la trouvent plus pénible à supporter que toute autre. Cette remarque paraîtra sans doute extraordinaire à bien des lecteurs ; elle n'est cependant pas nouvelle, et Co-

tugno, bien qu'on ait écrit partout le contraire, l'avait déjà faite d'une manière formelle, à l'occasion de la névralgie sciatique. Voici ce qu'il dit dans son 36e chapitre : « Ischiadicus ergo nervus ischiadem patiens sive in coxa dolor incœpit, et ad pedem desiit, sive a pede natus ascendit ad coxam, quantus pertinaciter indolet, hydropicus est. Hæc tamen intelligo de dolore nervi illo, qui et fixus est, et pertinax, veramque nervosam ischiadem efficit; sunt enim vagæ quædem ischiadici nervi punctiones; *fulgura doloris*, vulgus appellat; quæ a trunci dolore in ramos propagato solent oriri. Hæ tamen volaticæ sunt, pertinacemque morbum, in quo veræ ischiadis nervosæ positus est character, non constituunt : *spasmos ischiadicos* appellarem. » Il résulte de ce passage, que Cotugno accordait une bien plus grande valeur diagnostique à la douleur fixe et persistante, qui selon lui constitue la névralgie sciatique, qu'aux douleurs lancinantes, auxquels il n'a nullement donné le nom de *fulgura doloris*, comme on l'avait cru jusqu'à présent. Cette remarque de Cotugno n'avait point encore fixé l'attention, bien que son mémoire ait dès son apparition été l'objet de l'admiration générale. Nous verrons au reste, quand nous arriverons à la description des élancements, quelle est la valeur respective de ces deux formes d'un même symptôme.

Le plus souvent les malades comparent la douleur à une tension considérable, à une pression forte, ou à la souffrance causée par une contusion; quelquefois ils se plaignent seulement de cette douleur, sans pouvoir la définir. Pour s'assurer que le symptôme existe réellement, il faut quelquefois un interrogatoire très attentif, car dans certains moments la douleur devient si légère, que plu-

sieurs sujets y font très peu d'attention. Cependant, un air de souffrance plus ou moins marqué, répandu sur la physionomie, indique, dans un grand nombre de cas, que la partie affectée n'est point tout-à-fait exempte de douleur, alors même que les paroxysmes semblent cesser le plus complétement. Il est très possible qu'il existe quelques exceptions à cette règle, et peut-être les trouvera-t-on dans les cas où la névralgie s'annonce avec tous les caractères d'une affection franchement intermittente; mais je dois dire que dans le petit nombre de cas de ce genre qui ont été soumis à mon observation, je n'ai jamais constaté l'absence complète de la douleur dans l'intervalle des accès, et que, dans ceux qui nous sont fournis par les auteurs, les détails ne sont pas suffisants pour se former une opinion arrêtée.

Il résulte donc de ce qui vient d'être dit, que la douleur *continue* doit être recherchée, avec le plus grand soin, chez tous les sujets affectés de névralgie, et que la remarque de Cotugno, qu'on a si étrangement altérée, était pleine de justesse.

Douleur aiguë intermittente. — Cette espèce de douleur a été, ai-je dit, désignée sous le nom d'*élancements*. Elle consiste, comme son nom l'indique, en une douleur lancinante, plus ou moins vive, tantôt traversant une certaine étendue de tissus et se propageant dans les diverses ramifications du nerf, et tantôt fixée dans un ou plusieurs points douloureux.

Ce qu'il importe, avant tout, d'examiner dans cette douleur, c'est son point de départ; et ici, j'ai d'abord à poser une règle générale, qui, dans les cas que j'ai pu rassembler, n'a souffert aucune exception : c'est toujours dans un ou plusieurs des points envahis, soit par

la douleur continue déjà décrite, soit par la douleur à la pression, que les élancements prennent leur source. Il y a donc des *centres*, des *foyers*, d'où la douleur se porte plus ou moins fréquemment, et avec une violence variable, dans les points qui l'environnent. Dans ces foyers, dans ces centres, la douleur est toujours présente, toujours prête à envahir le reste du nerf, tandis que dans les points intermédiaires elle ne fait que passer plus ou moins rapidement, sans laisser de traces. Il y a plus, dans un bon nombre de cas, les points intermédiaires ne paraissent pas même affectés, quoique l'élancement parti d'un foyer douloureux aille retentir dans un autre plus ou moins éloigné, de manière à prouver que la douleur s'est transportée de l'un à l'autre; quelquefois aussi les élancements se manifestent au même instant dans plusieurs de ces foyers douloureux, et les intervalles qui les séparent sont encore respectés. Le tableau suivant fera mieux saisir ces diverses formes d'élancements. Je ne ferai mention ici que des trois névralgies trifaciale, dorso-intercostale et fémoro-poplitée, parce qu'elles seules me fournissent des observations assez détaillées.

1° Élancements retentissant d'un point dans un autre, sans se faire sentir dans le trajet du nerf.	9 fois.
2° Élancements dans le trajet.	34
3° Fixes et disséminés.	16
Total. . .	59

Ainsi, dans plus de la moitié des cas, les élancements se font sentir dans l'intervalle même des points douloureux, et lorsque ce phénomène n'a pas lieu, c'est ordinairement parce que la douleur lancinante reste fixée dans les points où elle est née, et non parce que la dou-

eur suit rapidement ce trajet sans l'affecter, ce qui n'a été observé que dans le seizième des cas.

On voit donc par là combien il est erroné de dire que la névralgie suit toujours la direction du nerf; car, tantôt l'élancement semble se produire dans presque tous les points à la fois, comme par un *consensus* général, et tantôt, se manifestant dans un point, après en avoir occupé un autre, il ne paraît être qu'un retentissement, qu'une douleur, née dans le point même où elle se fait sentir, et non dans une source éloignée.

La *direction* de ces douleurs lancinantes est variable. On a cru, dans ces derniers temps, avoir découvert une forme particulière d'élancements dans ceux qui se portent des extrémités du nerf vers son tronc, et l'on a donné à la névralgie qui les présente, le nom de *névralgie ascendante*. Mais déjà Cotugno, comme on l'a vu dans le passage cité plus haut (1), avait parfaitement reconnu cette variété.

Je vais, dans un tableau particulier, fondé sur cent neuf cas de névralgies de toute espèce, indiquer les diverses directions que prenaient les élancements, lorsqu'ils se portaient plus ou moins loin dans le trajet du nerf.

(1) Voyez page 660.

ÉLANCEMENTS.	NOMBRE DES CAS.
Marchant dans la direction du nerf.	62
Fixes et disséminés.	16
Suivant un trajet opposé à la direction du nerf. . .	6
Se portant tantôt dans un point, tantôt dans un autre	11
Partant d'un point moyen, pour remonter vers le tronc et descendre vers les rameaux en même temps	5
Indéterminés.	6
Absence d'élancements.	[illegible]
Total. . . .	109

Ainsi donc, les élancements qui suivent le trajet du nerf sont de beaucoup les plus fréquents ; c'est là, on peut le dire, leur direction normale ; ils l'ont, en effet, suivie dans près des trois cinquièmes des cas. Les directions les plus rares sont celles qui ont lieu dans un trajet opposé à celui du nerf, ou d'une manière divergente. La forme disséminée n'était pas bien connue jusqu'à présent.

Quelquefois les élancements paraissent traverser, ou traversent réellement des parties dans lesquelles l'anatomie ne signale que des filets extrêmement déliés. Dans le premier cas, on doit admettre que deux points douloureux éloignés ont éprouvé chacun un élancement isolé. Le malade indique bien le point de départ et le point d'arrivée de la douleur ; mais il n'a point la sensa-

tion réelle du trajet de cette douleur dans les parties intermédiaires. Dans le second, au contraire, ce trajet douloureux existe réellement, et c'est une anomalie qu'il ne nous est pas permis d'expliquer.

J'ajoute que dans un petit nombre de cas la douleur lancinante a manqué, ce qui n'a eu lieu que dans la sciatique.

La *fréquence* des élancements est tellement variable, non seulement dans les différents cas, mais chez le même sujet à des époques différentes, qu'on ne saurait la déterminer d'une manière un peu précise. Tantôt on ne les voit se produire que deux ou trois fois en un quart d'heure, et tantôt ils renaissent plusieurs fois par minute. Dans la très grande majorité des cas, et dans toutes les névralgies, il y a dans le cours de la journée des moments où les élancements deviennent beaucoup plus violents et plus nombreux; ils constituent alors ces accès réguliers ou non, ces paroxysmes qui ont si particulièrement fixé l'attention des auteurs, et sur lesquels je reviendrai à l'occasion de la marche de la maladie.

Le degré de *violence* des élancements n'est pas plus susceptible d'analyse que leur fréquence, tant il est variable. Mais on peut, d'une manière générale, indiquer les névralgies dans lesquelles cette violence est le plus considérable; ce sont la névralgie trifaciale et la névralgie sciatique. Dans la première surtout, les crises sont quelquefois tellement atroces, que le malade soumis à une véritable torture, exprime sa douleur par des contorsions effrayantes. C'est pour ce motif qu'on a donné à la névralgie trifaciale le nom de *tic douloureux*, mot impropre sous plusieurs rapports, et en particulier parce qu'il applique à tous les cas de névralgie trifaciale,

ce qui n'est vrai que pour un certain nombre d'entre eux. Dans les névralgies du tronc, les élancements, quoique souvent assez vifs, ont généralement une vivacité moindre.

C'est surtout la violence de ces douleurs qui, les faisant comparer par le malade à des sensations plus ou moins douloureuses, les a fait désigner par les auteurs sous les noms les plus divers. Ainsi, ce sont, tantôt des tiraillements, des arrachements, des pincements, des piqûres; tantôt le sentiment d'une brûlure, du passage d'un acide dans le trajet des nerfs, d'une commotion électrique, etc. Ces diverses sensations ne sont que des variétés d'une seule et même espèce de douleur, que je désigne sous le nom d'élancements, de douleur lancinante, parce que c'est sous cette forme qu'elle se manifeste le plus fréquemment.

b. Douleurs provoquées. —Cette espèce de douleur peut être produite, et par les mouvements du malade, dans les divers actes qu'il exécute, et par l'observateur qui cherche à la déterminer comme moyen d'exploration. La douleur provoquée par la pression est d'une importance majeure, et va d'abord fixer notre attention.

Douleur à la pression. — Si l'on en croit les auteurs qui ont écrit sur les névralgies, non seulement la pression exercée sur les nerfs affectés n'exaspère point la douleur, mais elle la calme dans le plus grand nombre des cas. Il y a, toutefois, des variétés dans cette opinion : ainsi, les uns disent qu'une pression légère augmente ou fait naître la douleur, tandis qu'une pression forte la dissipe; les autres pensent que la pression n'est jamais douloureuse; d'autres encore admettent l'existence de ce signe, mais seulement dans quel-

ques cas rares. L'observation m'a prouvé qu'aucune de es opinions n'est fondée sur les faits. Il est vrai que, ans certains cas, la douleur occasionnée par la pression n'est point en rapport avec celle qui se produit spontanément; mais, sauf une seule exception (1), chez ous les malades que j'ai pu observer, j'ai noté une douleur plus ou moins vive à la pression, dans un ou plusieurs points du trajet du nerf. Cette énorme proportion ait de l'existence de ce symptôme une des règles les plus énérales que nous connaissions en pathologie. Mais, eut-on chercher, dans les cas cités par les auteurs eux-mêmes, des preuves en faveur de leurs assertions, on est ort surpris d'obtenir le résultat suivant :

ouleur à la pression d'après eent trente-quatre observations de névralgie trifaciale et de névralgie sciatique recueillies par les auteurs.

NÉVRALGIES.	DOULEUR A LA PRESSION INDIQUÉE.	DOULEUR A LA PRESSION NON INDIQUÉE (2).
rifaciale	21	18
ciatique	18	77
	39	95

Si donc, l'on n'avait, pour éclairer la question, que observations que nous ont fournies ceux mêmes qui gardent la pression comme non douloureuse, on ne vrait pas regarder les cas contraires à cette opinion

1) Ce cas n'a pas pu entrer dans l'analyse parce que je n'avais pas servation, mais il a été indiqué dans l'histoire de la névralgie sciaue.

2) Il n'est nullement fait mention de ce signe dans la plupart des obvations, et rien ne prouve que son existence ait été recherchée.

comme des exceptions rares, puisque leur proportion est de près d'un tiers du nombre total. Mais que sera ce, si l'on peut se convaincre, comme il est très facile de le faire par la lecture des observations, que, le plus ornairement, l'exploration a été tout-à-fait nulle sous ce rapport, et qu'on s'est borné à constater le trajet de la douleur? C'est par ces négligences que se propagent les erreurs les plus extraordinaires, au nombre desquelles il faut compter celle dont il est question en ce moment.

Cette douleur à la pression, symptôme si constant et si précieux, consiste, tantôt dans une simple exaspération de la douleur contusive et continue, tantôt dans la production d'élancements semblables à ceux qui se produisent spontanément. Il suffit quelquefois d'une légère pression sur l'un des points douloureux, pour faire naître les paroxysmes les plus effrayants : les auteurs eux-mêmes en citent des exemples remarquables.

Lorsque la maladie est violente, cette douleur est si vive, qu'elle arrache des plaintes au malade, qui fuit, en quelque sorte, devant la pression.

L'*étendue* des points douloureux est parfaitement reconnue et limitée à l'aide de ce moyen d'exploration. On parvient, de cette manière, à reconnaître des points qui n'ont que 1 ou 2 centimètres de diamètre, et souvent on voit la douleur cesser si brusquement à 5 ou 6 millimètres d'intervalle, que l'on constate : ici, une douleur des plus vives, et là, une absence complète de toute douleur. C'est là encore, on ne saurait en douter, une des causes qui ont empêché la question qui nous occupe d'être dès long-temps résolue d'une manière conforme aux faits. On conçoit parfaitement que des points douloureux aussi limités puissent échapper à une exploration superficielle, et l'on conçoit très bien aussi

qu'une large pression exercée avec toute la main ne produise aucun effet dans ces points circonscrits, puis qu'elle porte principalement sur une surface tout-à-fait indolente. Lorsque les auteurs ont constaté une douleur plus ou moins vive à la pression, c'est que, par une espèce de hasard, ils sont tombés sur un point douloureux, et l'ont pressé plus particulièrement que les autres; ou bien que, par exception, la douleur occupait une large surface. On voit, d'après tout cela, combien il importe d'établir la manière dont la pression doit être exercée. Il faut, quelle que soit la névralgie que l'on examine, presser avec l'extrémité du doigt sur toute l'étendue du nerf et sur ses principales ramifications; on ne doit négliger aucun point, quand même le malade n'en indiquerait qu'un petit nombre comme étant le siége de la douleur. Dans certains cas, en effet, la douleur à la pression peut exister, dans une certaine étendue du nerf, en l'absence de la douleur spontanée, et réciproquement.

Il faut être prévenu d'un phénomène qui se produit quelquefois pendant l'exploration : il peut arriver, et M. Bassereau l'avait déjà constaté dans la névralgie intercostale, qu'après avoir produit dans un point limité une douleur très vive, la pression exercée peu de temps après, au même endroit, n'ait plus le même résultat; mais il suffit de laisser passer quelques instants pour que la douleur se reproduise avec la même intensité que la première fois. Il est des parties du corps, comme la paroi antérieure de la poitrine et le sommet de l'épigastre, qui sont naturellement douloureuses à une pression un peu forte, surtout chez les personnes maigres et nerveuses. Il faut donc avoir soin,

pour s'assurer si la douleur doit être attribuée à l'existence d'une névralgie, de presser avec la même force le point correspondant du côté opposé. Alors, si la névralgie est simple, il devient évident que c'est à elle qu'il faut attribuer le phénomène; si elle est double, le signe est moins positif; mais comme un côté est toujours plus douloureux que l'autre, il existe une différence suffisante pour fixer le diagnostic; et d'ailleurs, les grands intervalles indolents que, dans la majorité des cas les points douloureux laissent entre eux, suffisent pour démontrer qu'il y a réellement une exaltation morbide de la sensibilité.

J'ai dit plus haut que la douleur à la pression était en rapport direct avec l'intensité de la maladie; j'ajouterai ici qu'elle augmentait pendant les paroxysmes, et diminuait beaucoup dans les intervalles de calme. C'est dire assez que ce symptôme était presque toujours en rapport avec les deux précédents. C'est ce qu'on peut voir dans le tableau suivant :

DOULEUR.	NOMBRE DES CAS.
Douleur spontanée et douleur à la pression réunies dans les mêmes points.	111 (1)
Douleur à la pression sans douleur spontanée. . .	»
Douleur spontanée sans douleur à la pression. . .	1
Total. . . .	112

(1) Ce tableau n'a été dressé qu'à l'aide des faits dans lesquels l'exploration a été convenablement pratiquée; les observations des auteurs

Il est difficile de trouver une règle mieux établie que celle qui résulte de ce tableau, car il n'y a eu qu'une seule exception. Cependant, je dois ajouter que si, au lieu d'envisager les divers cas, on recherche ce qui se passait dans chaque point douloureux en particulier, la règle est un peu moins générale. Il n'est pas très rare de rencontrer des points douloureux à la pression, sans douleur spontanée, et réciproquement; mais dans ces cas, les deux douleurs se trouvent réunies dans d'autres points. On peut consulter, à ce sujet, la description de chaque névralgie en particulier.

Je trouve, dans un mémoire récent (1), qu'il existe une très grande différence entre les diverses névralgies, relativement aux effets de la pression, et que, par exemple, la pression exercée sur le nerf sciatique malade accroît presque constamment la douleur, tandis que dans les névralgies de la face, il n'est pas rare qu'elle les soulage. Je n'ai point remarqué cette différence, déjà signalée par M. Regnier, entre les diverses espèces de névralgies; dans toutes les affections de ce genre qui avaient les nerfs de la face pour siége, j'ai vu la pression causer une douleur plus ou moins vive; toutefois, après les paroxysmes, si violents dans cette espèce de névralgie, le calme est beaucoup plus profond que dans toutes les autres, et la douleur occasionnée par la pression y est souvent beaucoup plus légère; c'est de là sans doute que vient l'erreur. Je le répète, car on ne

ont, par conséquent, dû être éliminées. Mais j'ai fait usage de celles qui ont été recueillies par M. Bassereau, parce qu'elles offraient toutes les garanties nécessaires. On ne s'étonnera donc pas des différences qui peuvent exister entre ce tableau et les tableaux particuliers.

(1) Recherches théoriques et pratiques sur les névralgies et leur traitement, *Gazette médicale*, octobre 1840.

saurait trop le redire, tout dépend de la manière dont est faite l'exploration.

Je n'ai pas besoin de pousser plus loin la description de ce symptôme; ce que je viens d'en dire, et ce qui en avait déjà été dit à l'occasion de chaque névralgie en particulier, est plus que suffisant pour démontrer toute l'importance de ce signe, dont l'utilité ne se borne pas à rendre le diagnostic plus précis et plus facile, et qui doit avoir la plus grande influence sur le traitement; car nous savons maintenant combien il importe de connaître exactement le siége et l'étendue des points douloureux, pour appliquer sur eux les topiques convenables.

Douleurs causées par les divers mouvements du malade. — Les causes de l'exacerbation de la douleur sont nécessairement différentes, suivant que la maladie occupe tel ou tel nerf. Ainsi, dans la névralgie trifaciale, l'action de mâcher, d'avaler, de se moucher, suffit pour produire une vive douleur et pour renouveler les crises, tandis que dans la névralgie sciatique, le même effet est plus particulièrement dû à l'action de marcher, et, dans les névralgies intercostale et lombaire, aux secousses de la toux, etc. Il serait superflu d'insister plus longuement sur ces phénomènes, dont il est si facile de se représenter les formes diverses; disons seulement, que la douleur névralgique est particulièrement exaspérée par les mouvements brusques des parties voisines. Il est bien rarement arrivé que le contraire ait eu lieu, c'est-à-dire que les mouvements violents de la partie affectée aient fini par amener un certain soulagement. J'en ai trouvé cependant un exemple remarquable chez un sujet affecté de névralgie scia-

tique. Ce symptôme, quoique secondaire, mérite néanmoins de fixer l'attention des médecins, d'autant plus qu'on doit regarder la douleur causée par des mouvements plus ou moins étendus, comme à peu près analogue à la douleur à la pression, dont j'ai fait sentir l'importance.

II. Troubles fonctionnels dans les organes où se rendent les nerfs affectés de névralgie.

Je passe maintenant à l'étude d'un autre ordre de symptômes qui sont bien loin d'avoir la valeur des précédents, mais qui offrent de l'intérêt sous plusieurs rapports. Premièrement, ils peuvent servir à faire connaître quels sont les principaux rameaux affectés; secondement, ils donnent à la maladie une physionomie particulière et peuvent faire croire à l'existence de quelque lésion organique plus grave que la névralgie; et, troisièmement, ils indiquent le degré de gravité de l'affection, car ils n'ont lieu que dans les cas de névralgie d'une certaine violence. Ces symptômes se manifestent dans les organes qui reçoivent les nerfs affectés, et, comme on le comprend facilement, ils varient suivant les fonctions de ces divers organes. Les principaux sont: 1° les contractions involontaires des muscles, remarquables au plus haut point dans la névralgie trifaciale, où elles occasionnent le tic douloureux, et à un moindre degré dans la névralgie sciatique, où elles font naître des crampes, des secousses, une agitation involontaire du membre; 2° l'hypercrinie des divers organes sécréteurs: c'est surtout dans les névralgies de la tête qu'on constate ce symptôme remarquable. La sécrétion des larmes, du mucus nasal, de la salive, est quelquefois

augmentée d'une manière extraordinaire. L'écoulement blanc qui a lieu chez quelques femmes affectées de névralgie lombo-abdominale, est un phénomène du même genre (1) ; 3° quelques troubles dans les organes des sens, ce qui ne se remarque également que dans les névralgies de la tête.

Je crois devoir rapprocher des symptômes qui viennent d'être indiqués, la demi-paralysie et l'émaciation observées dans quelques cas de névralgies très violentes : c'est principalement dans la sciatique que le membre présente cet état sur lequel Cotugno a si fortement insisté.

Les symptômes décrits jusqu'à présent sont, sans contredit, les plus importants. Avec eux, et sans même invoquer l'intermittence de la douleur, on peut établir le diagnostic de la manière la plus positive. On doit donc les regarder, et surtout ceux qui consistent dans les douleurs de toute espèce, comme véritablement pathognomoniques. Je vais passer, maintenant, à l'examen de quelques autres symptômes beaucoup moins dignes d'attention, et sur lesquels je ne jetterai qu'un simple coup d'œil.

Section II. — Symptômes secondaires et complications.

§ Ier. Douleurs dans des parties du corps plus ou moins éloignées du siége de la maladie principale, ou complications.

Ces douleurs étaient nombreuses, mais de nature diverse. Les unes, en effet, étaient évidemment névralgiques, tandis que les autres offraient tous les caractères qu'on attribue aux douleurs rhumatismales. J'in-

(1) Voyez pag. 399 et suiv.

liquerai d'abord les premières : sur quarante-cinq cas le névralgie sciatique, trifaciale ou dorso-intercostale, rente, ou les deux tiers, présentaient des douleurs évidemment névralgiques dans des parties du corps plus ou moins éloignées du siége de la névralgie principale, ce qui prouve combien est vraie cette proposition de la plupart des auteurs, que très souvent plusieurs névralgies sont réunies chez le même sujet. Quant aux douleurs qui ne présentaient pas le caractère névralgique, elles existèrent dans vingt des quarante-cinq cas dont il est question, soit chez des sujets déjà affectés de plusieurs névralgies, soit chez des malades qui n'en présentaient qu'une. Ces dernières douleurs, qui siégeaient dans les masses musculaires, étaient pour la plupart de nature rhumatismale, et établissaient une sorte de liaison entre le rhumatisme musculaire et la névralgie.

§ II. Fonctions des principaux organes.

Les fonctions des organes contenus dans les principales cavités ne sont ordinairement point troublées. Cependant plusieurs malades présentèrent, à des époques diverses de la maladie, des troubles plus ou moins notables des fonctions digestives; mais dans presque tous ces cas on put attribuer ces altérations de fonctions, non à l'intensité plus grande des douleurs névralgiques, mais à l'action des moyens thérapeutiques employés, et principalement des vésicatoires. Chez un petit nombre de sujets, néanmoins, j'ai vu ces fonctions troublées sans qu'on pût en connaître la cause, et comme les symptômes ne disparaissaient qu'avec la névralgie, on devait admettre qu'ils avaient avec elle des rapports assez intimes. Des faits de ce genre ont été

quelquefois signalés par d'autres auteurs : ce sont là les névralgies liées à un état saburral des premières voies, dont plusieurs auteurs ont parlé. Chose remarquable, ce n'est que dans la névralgie trifaciale et la névralgie dorso-intercostale que j'ai vu cette coexistence de l'affection nerveuse avec un embarras du tube digestif. On peut se demander si, en pareil cas, les troubles de la digestion sont la cause ou l'effet de la névralgie ; les auteurs, et M. Sandras (1) en particulier, se sont prononcés pour la première de ces deux opinions, et ont vu dans l'existence des troubles des fonctions digestives une indication thérapeutique qui leur a valu, disent-ils, des succès prompts et nombreux. Quant à moi, j'ai toujours vu les symptômes intercostaux ou gastriques disparaître dès qu'on s'était rendu maître de la névralgie ; mais je n'ai pas été témoin du résultat contraire, et je viens même d'avoir sous les yeux un cas dans lequel les choses se sont passées tout autrement qu'on n'aurait dû s'y attendre, d'après les auteurs que je viens de citer. Il s'agit d'une femme âgée de 65 ans, affectée de violentes douleurs occupant les trois branches du trifacial et la branche postérieure de la deuxième paire cervicale. Les élancements étaient très violents, et la pression déterminait une douleur vive au point d'émergence des nerfs indiqués. On observait en même temps des signes non douteux d'un embarras gastrique. On administra immédiatement 0,05 gram. de tartre stibié ; le lendemain il y eut une amélioration notable dans l'état des voies digestives ; une nouvelle dose du médicament acheva de faire disparaître les symptômes gastriques. Mais la né-

(1) *Bullet. de thérapeutique*, t. VII, p. 65, et *Bullet. de l'Acad. roy. de méd.* Paris, 1838, t. III, p. 27 et suiv.

vralgie avait à peine perdu de son intensité; les élancements étaient aussi vifs quoique un peu moins fréquents, et la pression était aussi douloureuse que le premier jour. Trois vésicatoires appliqués successivement au trou sus-orbitaire, à l'apophyse mastoïde et au trou sous-orbitaire, triomphèrent en moins de huit jours de cette douloureuse affection.

Les symptômes qui peuvent exister du côté de l'*appareil circulatoire* seraient bien plus importants à constater, s'il en existait qui parussent en rapport avec l'intensité des diverses maladies dont je trace l'histoire. Mais il suffira de jeter un coup d'œil sur les descriptions particulières, pour s'assurer qu'il n'en est rien, et que l'accélération ou le ralentissement du pouls ont été tout-à-fait indépendants des exacerbations de la douleur névralgique. J'en dirai autant des frissons, de la chaleur et de tous les *symptômes fébriles*.

Chez les hommes, les organes *génito-urinaires* n'ont rien présenté de remarquable; mais, chez les femmes, la menstruation est très souvent troublée, comme on peut le voir dans le tableau suivant, fondé sur soixante-cinq cas, dans lesquels les renseignements ont été pris de manière à ne laisser aucun doute.

1° Règles toujours régulières et non accompagnées de douleurs.	24 fois.
2° Régulières et conservant leur abondance, mais avec quelques douleurs lors de leur apparition.	6
3° Supprimées à une époque plus ou moins éloignée du début, mais ayant repris leur cours naturel.	8
4° Irrégulières, moins abondantes qu'à l'état normal, douloureuses.	9
5° Supprimées depuis plusieurs mois.	9
6° Cessation complète par suite de l'âge.	8
7° Non encore parues à l'âge de dix-sept ans.	1
Total :	65

Les cas dans lesquels les règles étaient régulières et aussi abondantes qu'à l'état normal, bien qu'elles fussent un peu douloureuses, ou qu'elles eussent été momentanément supprimées, doivent évidemment être joints à ceux dans lesquels la régularité et l'abondance normale avaient toujours existé, et qui ne présentaient aucune douleur; car, d'une part les accidents observés étaient trop légers, et de l'autre la suppression momentanée était trop éloignée pour qu'on pût y voir un état morbide des organes génitaux. Or, si nous supprimons les huit cas de cessation complète due à l'âge avancé des sujets, il n'en reste que cinquante-sept parmi lesquels trente-cinq (ou près des deux tiers) n'ont présenté, du côté de la menstruation, rien qui doive être regardé comme réellement pathologique. Si donc il est vrai de dire que fréquemment cette fonction présente des troubles plus ou moins marqués, il faut reconnaître qu'il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas.

Il y a eu, chez quelques sujets, d'autres symptômes du côté de l'utérus; mais comme leur étude se rattache plus spécialement à l'histoire des névralgies dorso-intercostale et lombo-abdominale, je renvoie à ce qui a été dit dans la description particulière de ces deux maladies.

ART. IV. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DES NÉVRALGIES; LÉSIONS ANATOMIQUES.

Je ne prétends pas résumer ici tout ce qui est relatif à des questions si importantes; il faut absolument, pour qu'on se fasse une idée bien précise de ce qui se passe dans le cours des diverses névralgies, recourir aux histoires particulières; je ne vais présenter ici que les grandes généralités.

§ Ier. Marche des névralgies.

Les névralgies, je l'ai dit plusieurs fois, se font remarquer entre toutes les maladies, par les paroxysmes fréquents qu'elles présentent. Pour avoir une idée exacte de la proportion des cas dans lesquels ces paroxysmes ont lieu, il faut la chercher dans le tableau suivant, dressé d'après le dépouillement de deux cent dix observations.

PAROXYSMES.	ABSENCE DE PAROXYSMES.	PAS DE RENSEIGNEMENTS SUFFISANTS.
154 fois.	1	55

En admettant même que dans les cinquante-cinq cas, sur lesquels nous ne possédons pas les renseignements nécessaires, il s'en trouvât quelques uns réellement exempts de paroxysmes, ces exacerbations devraient, à cause de leur fréquence, être regardées comme un caractère des névralgies. Cette proposition n'a, sans doute, rien de nouveau, mais j'ai pensé qu'il ne serait pas tout-à-fait inutile de lui donner pour base l'analyse des faits; d'autant plus, qu'on ne croyait pas que les paroxysmes pussent manquer, même dans un seul cas, ce qui, néanmoins, a été parfaitement constaté.

Mais il y a une grande différence entre les paroxysmes irréguliers, et ceux qui reviennent à des heures fixes, et qui, par conséquent, font naître tout d'abord l'idée d'une fièvre larvée. Voyons parmi les cas où l'on a noté l'existence des paroxysmes, combien de fois l'intermittence a été régulière. Sur cent quatre-vingt-

dix-neuf cas, pris dans toutes les espèces de névralgies, il n'y eut que vingt fois une périodicité bien réelle, bien tranchée, constituée par des accès revenant tous les jours à la même heure, avec la même intensité, durant à peu près le même espace de temps, et se dissipant complétement chaque fois. Ainsi la maladie ne prend guère cette forme que dans le dixième des cas. Mais la proportion est bien loin d'être la même pour toutes les névralgies, puisque, en entrant dans les détails, on trouve la périodicité non douteuse,

1° Dans la névralgie trifaciale. .	10 fois sur 42.
2° Dans les autres.	9 — sur 157.

Aussi, est-il vrai de dire que, de toutes les affections de ce genre, la névralgie trifaciale est celle qui se présente le plus fréquemment sous la forme d'une fièvre larvée.

Ce qu'il y a de remarquable dans ces accès, qui ont eu lieu avec une régularité telle qu'on s'est cru obligé d'administrer au plus tôt le sulfate de quinine, c'est qu'environ la moitié d'entre eux ont cédé à ce moyen, tandis que les autres ont résisté complétement, et cela sans qu'il ait été possible de découvrir quelques différences notables entre les cas de guérison, et ceux où le médicament a échoué.

On a fréquemment parlé du *début* brusque des douleurs névralgiques ; mais cela ne doit s'entendre que des douleurs lancinantes qui surviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés, dans le cours de la maladie. Quant au début de la maladie elle-même, il est le plus souvent graduel, ainsi que l'a fait remarquer M. Ollivier d'Angers (1); on peut s'en convaincre par le tableau

(1) *Dictionnaire de médecine,* art. *Névralgie,* t. XXI.

que je présente ici, et qui est basé sur soixante-onze cas où le début a pu être précisé.

DÉBUT.		
BRUSQUE OU SUBIT.	GRADUEL ET RAPIDE.	GRADUEL ET LENT.
9	24	38
	Total.	71

Ainsi, dans les six septièmes des cas, la névralgie se développe graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide.

Mais ce n'est pas seulement dans l'intensité graduellement croissante des symptômes qu'on trouve la preuve que le début n'est point ordinairement brusque; on s'en assure encore en recherchant l'ordre dans lequel les divers points douloureux sont envahis. Ils ne sont point, en effet, occupés tous à la fois, et dans la majorité des cas, la douleur s'étend peu à peu, en les attaquant de proche en proche. Je renvoie, pour des détails plus précis, aux descriptions de chaque névralgie en particulier, et principalement de la névralgie sciatique.

Lorsque la maladie a atteint son plus haut degré de développement, elle présente les *variations* les plus notables. Quelle est la cause de ces variations? La plupart des médecins la trouvent dans les changements brusques survenus dans l'atmosphère. Les observations que j'ai rassemblées et analysées m'ont démontré que l'abaissement seul de la température coïncidait, d'une manière remarquable, avec les exacerbations de la douleur.

On peut s'assurer de la vérité de ce fait en jetant les yeux sur les tableaux contenus dans l'histoire de la névralgie trifaciale, de la névralgie dorso-intercostale et de la névralgie sciatique. Mais pour que les faits soient mieux exposés, je crois devoir présenter ici le résultat général de ces recherches particulières.

Dans trois cent quarante-sept observations de température prises dans le cours des névralgies trifaciale, dorso-intercostale et fémoro-poplitée, j'ai trouvé les rapports suivants avec l'intensité de la douleur :

NOMBRE des observ.	TEMPÉRATURE.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
49	— 0	31	18	Un peu moins de 2/3
97	De 1 à 5° + 0	60	37	*Id.*
201	Au-dessus de 5° + 0	91	110	Moins de 1/2

Ce tableau prouve que la vivacité de la douleur est généralement en rapport avec l'abaissement de la température. Le suivant va nous faire connaître l'influence des autres variations atmosphériques.

NOMBRE des observ.	TEMPS.	DOULEUR vive.	DOULEUR légère.	PROPORTION pour la doul. vive.
255	Humide.	130	126	1/2
71	Beau, sec.	35	36	1/2
11	Neige.	10	1	10/11

La différence qui existe entre la fréquence des dou-
urs vives dans le temps beau et sec, et dans le temps
umide, est beaucoup trop légère pour qu'on doive en
nir compte, en sorte que si de nouvelles observations,
n nombre suffisant, nous conduisaient au même résul-
it, il faudrait reconnaître que, dans les variations at-
nosphériques, l'abaissement de la température a seul
ne influence réelle. L'énorme proportion des douleurs
ives dans les temps de neige est-il un effet du hasard?
es nombres sont beaucoup trop faibles pour qu'on
uisse avoir une opinion arrêtée à cet égard.

§ II. Durée.

La *durée* des névralgies est si variable qu'on ne peut
n présenter la moyenne : cela est vrai pour toutes les
spèces de névralgie en particulier, comme pour la
iévralgie en général. Comment, en effet, assigner des
imites à la durée d'affections qui peuvent disparaître
pontanément en quelques jours, ou persister pendant
des années entières, malgré le traitement le mieux di-
igé?

§ III. Terminaison.

Les névralgies ne se terminent pas par la mort; mais
il importe de savoir dans quelles proportions se rencon-
trent les cas de facile guérison, et ceux dans lesquels la
maladie peut accompagner le malade jusqu'au tombeau.
J'ai dressé dans ce but les tableaux suivants :

Sur cent quatre-vingt-deux cas de névralgies de toute
espèce, la terminaison a varié comme il suit :

GUÉRISON		SOULAGEMENT MARQUÉ.		PAS DE GUÉRISON.	
HOMMES.	FEMMES.	HOMMES.	FEMMES.	HOMMES.	FEMMES.
69	70	11	9	17	6
Total. . . . 139		Total. . . . 20		Total. . . . 23	

Dans ce premier tableau, nous voyons que plus des trois quarts des malades ont été radicalement guéris par les divers traitements employés, et si nous voulions y joindre ceux qui ont été notablement soulagés, nous aurions une proportion bien plus considérable encore. En somme, on peut dire d'une manière générale, que les cas dans lesquels la névralgie est entièrement rebelle, sans être très rares, sont loin d'être fréquents, puisqu'ils ne se sont présentés que vingt-trois fois sur cent quatre-vingt-deux cas, c'est-à-dire dans près d'un huitième du nombre total. Mais ce résultat est trop général; il faut nécessairement entrer dans quelques détails qui lui donnent une valeur plus réelle. C'est dans ce but que je vais examiner les questions suivantes : Quelle était l'influence de l'âge, du sexe, de la violence et de l'ancienneté de la maladie sur la terminaison? Si les nombres que je vais donner ne sont pas toujours suffisants, du moins ils pourront, en se joignant à d'autres, servir à éclairer ces points importants de l'histoire des névralgies.

Age. — Les sujets des trois catégories que j'ai établies dans le tableau précédent étaient âgés :

Les sujets guéris, de 10 à 75 ans: moyenne 39 (1).
— Soulagés : de 30 à 71 — 47
— Non guéris : de 25 à 70 — 47 1/3.

(1) Je supprime de très faibles fractions, qu'on peut négliger sans inconvénient.

Ainsi, l'âge a été moins considérable pour les sujets qui ont guéri, et la différence qui existe entre les *minima* chez ces sujets et chez ceux qui n'ont éprouvé aucun effet du traitement, ou qui n'ont été que soulagés, est surtout bien remarquable. Elle l'est d'autant plus qu'il y avait un assez grand nombre de sujets âgés de moins de 30 ans, et que parmi eux un seul âgé de 25 ans n'a pas guéri.

Sexe. — Le tableau qui précède nous a montré que, dans la série des guérisons, le nombre des femmes était presque égal à celui des hommes, tandis que dans les autres catégories, la proportion est bien inférieure. Les différences d'âge sont surtout remarquables, si on les considère chez les femmes; en effet, on voit que sur soixante-seize sujets du sexe féminin :

Celles qui ont guéri avaient de 10 à 74 ans : (moyenne 35)
— été soulagées . . de 33 à 67 (— 44)
— n'ont pas guéri. . de 37 à 60 (— 47 1/3)

Violence de la maladie. — Dans cent quatre-vingt-une observations qui peuvent nous servir pour résoudre cette question, nous trouvons les proportions suivantes :

CATÉGORIES.	DOUL. TRÈS VIOL.	DOUL. VIVES.	DOUL. LÉG.	TOTAL.
Sujets qui ont guéri . .	68	42	27	137
— qui ont été soulagés.	9	11	2	22
— qui n'ont pas même été soulagés.	7	13	2	22

La maladie, comme on le voit, a été proportionnellement plus violente chez les sujets qui n'ont point guéri ou qui n'ont été que soulagés, que chez ceux qui ont bien guéri, car chez les premiers elle a eu un degré plus ou moins marqué de violence dans les neuf dixièmes et les huit neuvièmes des cas, tandis que chez les derniers, la proportion n'a été que d'un peu plus des trois quarts; mais les cas d'une grande intensité ont été très fréquents dans les trois catégories, et les limites restreintes des nombres nous empêchent encore de regarder ces résultats comme définitifs.

Ancienneté de la maladie. — Considérée sous ce nouveau point de vue, la question de la terminaison des névralgies est encore plus intéressante, car il s'agit de savoir à quel danger l'on s'expose lorsqu'on laisse le mal s'invétérer sans y apporter aucun remède. Voici le relevé de cent vingt-neuf cas qui fournissent des détails suffisants, le début de la maladie ayant été indiqué avec assez de précision.

CATÉGORIES.	ANCIENNETÉ DE LA MALADIE.				
	DE 3 JOURS A 1 MOIS.	DE 1 MOIS A 6.	DE 6 MOIS A 1 AN.	PLUS D'UN AN.	TOTAUX
Sujets qui ont guéri. . .	42	42	10	8	102
— Qui ont été soulagés.	6	3	1	2	12
— pas même soulagés.	4	7	0	4	15
Total général.					129

En considérant comme récente toute névralgie dont le début ne remonte pas à six mois, on trouve qu'elle a été telle :

Chez les sujets guéris : dans les 4/5 des cas.
— non guéris. . 3/4
— soulagés. . . 2/3

Et en réunissant ces deux dernières catégories, on voit qu'il y a d'autant moins de chances de guérison que la maladie est plus ancienne. C'est ce que l'on constate encore quand on considère les cas particuliers ; les névralgies les plus anciennes, celles qui dataient de vingt-cinq et trente ans, n'ont été nullement modifiées par le traitement. Cependant il ne faut pas toujours désespérer de la guérison, même lorsque le début de la maladie remonte à plusieurs années, car une cure complète a été obtenue chez des sujets qui souffraient depuis six, treize et quatorze ans. On ne devrait rien voir d'absolu dans les propositions précédentes, même quand elles résulteraient d'un plus grand nombre de faits.

Il n'est peut-être pas d'affection qui soit plus sujette aux *récidives* que la névralgie : chaque espèce nous présente un certain nombre de cas où l'on voit l'affection se reproduire une ou plusieurs fois par an, pendant un long espace de temps, et même pendant tout le cours de la vie. En comparant entre elles les diverses névralgies, on ne parviendrait pas à reconnaître d'une manière certaine quelles sont celles qui sont le plus sujettes aux récidives ; elles n'ont pas, en effet, été étudiées toutes avec le même soin, et dès lors, elles ne sont pas comparables. Je suis donc forcé de renvoyer le lecteur aux descriptions particulières, où il pourra se former une

idée approximative de la fréquence des récidives dans les différentes névralgies.

§ IV. Lésions anatomiques.

Parlerai-je ici des *lésions anatomiques* que l'on a attribuées aux névralgies? Ce serait une peine superflue. Qu'il me suffise de dire que dans le très petit nombre de cas qui ont présenté quelques lésions un peu évidentes, les altérations anatomiques étaient de la nature la plus diverse; qu'elles étaient loin d'appartenir en propre à l'affection nerveuse; et que, d'ailleurs, des faits en plus grand nombre prouvent que la névralgie peut exister à un haut degré, et pendant plusieurs années, sans aucune espèce de lésion appréciable. Il faut donc mettre au nombre des théories qui n'ont point l'observation pour base, toutes celles qui rangent les névralgies parmi les inflammations, les irritations, l'hypertrophie, l'atrophie de l'organe. Tout se réunit pour démontrer que cette maladie si douloureuse consiste dans une altération des fonctions, dont la cause organique nous échappe complétement.

Art. V. — Causes.

Les *causes* des névralgies doivent, comme celles de toutes les maladies, être distinguées en *prédisposantes* et en *occasionnelles*. Nous trouverons beaucoup d'obscurité dans l'étude de ces deux ordres de causes, mais bien plus dans le second que dans le premier; cherchons toutefois, en rassemblant les faits mentionnés dans cet ouvrage, et en les unissant à ceux qui ont été analysés avec tant de soin par M. Chaponnière, à jeter

quelque jour sur ces questions aussi importantes que difficiles.

§ Ier. Causes prédisposantes.

1° *Age.* — Je ne connais qu'une seule observation de névralgie développée dans la première enfance, c'est une névralgie lombaire qui eut lieu chez une jeune fille à l'âge de cinq ans. Dans la seconde enfance, cette affection se rencontre un peu plus fréquemment, mais bien rarement encore. Ce n'est qu'à dater de l'adolescence, que la névralgie se manifeste assez souvent pour n'être plus regardée comme une affection exceptionnelle. J'ai réuni, dans le tableau suivant, deux cent quatre-vingt-seize faits qui pourront servir à faire connaître l'influence de l'âge; les observations appartiennent aux névralgies de toute espèce.

De 1 à 10 ans.	2
10 à 20.	22
20 à 30.	68
30 à 40.	67
40 à 50.	64
50 à 60.	47
60 à 70.	21
70 à 80.	5
Total. . . .	296

Ce tableau est remarquable en ce que les trois périodes comprises entre vingt et cinquante ans ont présenté des nombres presque identiques et aussi, en ce que le nombre des névralgies contenues dans ces trois périodes, forme les deux tiers du nombre total. Or, en considérant séparément les principales névralgies, on obtient des résultats analogues, en sorte qu'on peut dire: 1° que l'influence de l'âge ne varie pas de vingt à cin-

quante ans, et 2° que cette influence prédisposante est plus marquée dans cette longue période de la vie, que dans toute autre. Il ne faut pourtant pas avancer ce fait sans quelques restrictions; car, on le sait, les rapports de la population aux différents âges ne sont pas connus, ce qui serait néanmoins indispensable pour obtenir un résultat certain.

On pourrait se demander encore si l'influence de tel ou tel âge est la même dans toutes les espèces de névralgies; mais, en poussant aussi loin l'analyse, je n'obtiendrais que des nombres insuffisants. En consultant les descriptions particulières, on trouvera facilement les termes de comparaison.

2° *Sexe.* — Si nous prenons toutes les névralgies en général, nous voyons que les deux sexes sont à peu près également sujets à contracter ces affections : sur quatre cent soixante-neuf cas de névralgie de toute espèce, je trouve, en effet, que la maladie s'est développée

Chez des sujets du sexe masculin. . .	218 fois.
— du sexe féminin. . .	251

Ainsi, ni l'opinion de Fothergill, qui regarde les femmes comme bien plus sujettes aux névralgies que les hommes, ni celle de Thouret, qui pense que, sur un nombre déterminé de ces affections, les deux tiers ont lieu chez des individus du sexe masculin, ne seraient exactes en les considérant sous ce point de vue général. Mais quelques détails modifieront ce que la proposition qui ressort du tableau précédent pourrait avoir de trop absolu.

Les deux sexes ne sont pas également prédisposés à toutes les névralgies; il est curieux de rapprocher, sous

ce rapport, les diverses espèces; c'est ce que je vais faire dans le tableau suivant.

NÉVRALGIES.	NOMBRE DES CAS POUR CHAQUE SEXE.		TOTAL.	PROPORTION pour LE SEXE MASCULIN.
	HOMMES.	FEMMES.		
Trifaciale.	124	143	267	Un peu plus des 3/7es.
Cervico-occipitale et brachiale. . .	9	9	18	1/2
Intercostale et lomb.-abd. (1).	10	44	54	Moins de 1/5e.
Sciatique et crurale.	75	52	127	Un peu plus des 6/10^{es}

On voit par là que c'est surtout dans les névralgies sciatique et crurale, d'une part, et dorso-intercostale et lombaire, de l'autre, qu'on trouve les plus grandes différences, et que, de ces affections, les premières sont notablement plus fréquentes chez les hommes, tandis que les dernières se rencontrent dans une proportion plus considérable encore chez les femmes. Ce sont ces différences qui établissent l'équilibre, en se compensant mutuellement. Or, les névralgies dorso-intercostale et lombaire n'ayant été étudiées que tout récemment, et par conséquent, le nombre des observations qu'on en a recueilli étant encore fort restreint, nous sommes naturellement portés à admettre que la névralgie, considérée en général, affecte plus souvent le sexe féminin; et déjà l'adjonction des faits observés par M. Bassereau, à ceux que je possède, nous en a fourni une preuve; car si nous retranchions les

(1) Je joins au résultat de mes observations celui qu'a obtenu M. Bassereau.

chiffres empruntés à cet auteur, nous aurions sur quatre cent trente-deux cas :

Hommes. . . . . 212 fois.
Femmes. 220

J'insiste sur ces détails, parce que les névralgies dorso-intercostale et lombo-abdominale étant très fréquentes, on ne peut pas douter un seul instant que les différences qui viennent d'être signalées ne deviennent chaque jour plus grandes, et n'acquièrent une importance réelle.

Mais on peut pousser plus loin cette comparaison des deux sexes, et voir si l'influence de l'âge précédemment étudiée, est la même pour chacun d'eux. Voici ce que nous apprennent les faits.

NÉVRALGIES DE TOUTE ESPÈCE.

AGE.	HOMMES.	FEMMES.	PROPORTION DU SEXE MASCULIN.
De 1 à 10 ans. . . .	1	1	1/2.
De 10 à 20	6	16	Un peu plus de 1/4.
De 20 à 30.	12	46	*Id.*
De 30 à 40.	40	27	Près des 3/5es.
De 40 à 50.	31	33	1/2.
De 50 à 60.	31	16	2/3.
De 60 à 70.	9	12	3/7es.
De 70 à 80.	3	2	3/5es.

Il résulte de ce tableau que, jusqu'à l'âge de trente ans, les femmes sont plus fréquemment atteintes de névralgie que les hommes, et que, passé cet âge, le nombre des sujets du sexe masculin devient, ou supérieur, ou au moins égal à ceux du sexe féminin. Je suis loin néanmoins de donner ces résultats comme définitifs; je sais trop combien, dans les questions de ce genre, les grands nombres sont nécessaires; je les ai donc principalement présentés pour qu'ils puissent s'ajouter utilement, plus tard, à ceux que fournira l'observation ; car c'est là le seul moyen de faire avancer la science. Il est un motif qui me porterait, peut-être, à leur attribuer une certaine valeur absolue, c'est que le résultat obtenu, en considérant les névralgies en général, se retrouve tout-à-fait semblable dans les principales névralgies en particulier, et n'est point le produit de combinaisons diverses, mais l'expression d'un fait commun à chacune de ces maladies.

3° *Constitution.* — Je ne possède qu'un petit nombre de faits propres à nous éclairer sur la fréquence des névralgies, suivant les constitutions; dans les cas où les détails sont fournis, on trouve les indications qui suivent :

Constitution robuste.	48 fois.
— médiocre.	15
— mauvaise. . . .	4

La faiblesse de la constitution ne paraît donc nullement prédisposer aux névralgies; je ne me dissimule pas néanmoins combien il nous manque d'éléments de conviction à ce sujet, et je ne donne ce résultat que comme provisoire.

4° J'en dirai autant à propos du *tempérament*; voici les seuls cas qui peuvent nous servir à ce sujet :

Tempérament nerveux.	29
Bilieux ou bil.-sanguin	11
Lymphatique.	5
Sanguin.	4

Bien que l'on ne soit pas parfaitement fixé sur ce qu'il faut entendre par tempérament nerveux, bilieux, sanguin, etc., toujours est-il que la grande proportion des tempéraments indiqués comme nerveux par les auteurs, doit nous faire regarder les principaux éléments de ce tempérament, tels que l'irritabilité, une sensibilité vive, etc., comme prédisposant d'une manière marquée aux névralgies; c'est, au reste, ce que les auteurs avaient affirmé d'une manière générale.

5° *Conditions hygiéniques.* — Le nombre des cas propres à nous éclairer sur cette importante question est malheureusement trop limité : il ne s'élève, en effet, qu'au chiffre soixante relativement à l'influence de l'*habitation*, et à celui de quarante-quatre relativement au *régime* des malades. Je vais cependant donner, dans un tableau particulier, le résultat de ces faits, dans l'espoir qu'il pourra un jour être utile.

Habitation constante, ou depuis un temps assez long, dans une chambre sèche, chauffée, bien éclairée.	35 fois.
Idem, dans une chambre humide, mal aérée et mal éclairée	10
Idem, pendant un temps indéterminé, mais assez longtemps avant l'invasion	15

Il résulte de ces faits que l'influence de l'habitation dans un lieu humide, mal aéré et mal éclairé, est au moins très bornée ; car on ne peut pas ranger dans cette catégorie les cas dans lesquels les malades avaient, depuis plusieurs, mois abandonné une habitation de cette nature, pour en prendre une sèche, bien éclairée, chauffée et aérée. Il est à regretter que presque toutes les observa-

tions des auteurs soient complétement muettes sur ce point, ce qui nous met dans l'impossibilité d'entrer plus avant dans cette question d'hygiène.

Nourriture. — Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer aux observations que j'ai rassemblées, quand on les envisage sous ce nouveau point de vue, puisque toutes celles des auteurs manquent des premiers renseignements. Voici, toutefois, ce qui résulte de mon analyse.

Nourriture régulière, substantielle, abondante . .	33
— Irrégulière, souvent insuffisante.	10
Privations continuelles.	1

Si l'on n'avait égard qu'à la valeur absolue de ces chiffres, il faudrait en conclure que, dans le 1/3 des cas, les sujets affectés de névralgie éprouvent des privations plus ou moins grandes; mais 1° les nombres ne sont pas assez considérables, et 2° les observations, ayant été généralement prises dans la population des hôpitaux, cette proportion ne saurait être exacte pour toutes les classes de la société.

6° Dans les descriptions particulières, j'ai consigné des renseignements sur les *maladies antérieures* que les sujets avaient éprouvées, sur les *excès* qu'ils avaient pu faire, sur les *professions* qu'ils avaient exercées pendant plus ou moins long-temps, etc., etc.; mais les nombres généraux qui résultent de ces nombres partiels, n'ont point d'importance réelle. Si je les ai présentés, c'est pour qu'on ne restât pas toujours dans l'embarras où je me suis trouvé, et pour que l'absence des détails nécessaires ne mît pas toujours un obstacle insurmontable à la généralisation fondée sur l'analyse numérique, la seule qui ait une véritable valeur. Je me bornerai donc ici à renvoyer à ces détails particuliers. Je ferai toutefois une

exception en faveur de l'influence des saisons qu'il m'a été plus facile d'apprécier.

7° *Influence des saisons.* — Cent vingt-cinq cas, dans lesquels le début a été fixé d'une manière précise, sont répartis ainsi qu'il suit dans les divers mois de l'année :

MOIS.	NOMBRE DES CAS.
Janvier.	29
Février.	10
Mars.	11
Avril.	8
Mai.	8
Juin.	7
Juillet.	5
Août.	4
Septembre.	8
Octobre.	8
Novembre.	16
Décembre.	11
Total.	125

Il est facile de voir que les saisons les plus froides comptent le plus grand nombre de névralgies de toute espèce. Pour s'en assurer, on n'a qu'à réunir les six mois les plus froids de l'année, et l'on reconnaîtra que plus des deux tiers des névralgies se sont développés dans leur cours. Mais il est une autre manière d'arriver au même résultat; c'est de rechercher, dans les cas où la maladie a eu pendant de longues années une grande tendance à se reproduire, quelles étaient les saisons les plus propres à ces récidives. Or, dans tous ces cas, la fréquence et la violence des attaques étaient beaucoup plus considérables pendant les saisons froides.

§ II. Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles des névralgies sont beaucoup plus difficiles encore à découvrir que les causes prédisposantes ; cependant, la plupart des auteurs n'ont pas hésité à regarder le *refroidissement subit*, *l'exposition au froid humide*, un *mauvais état des organes digestifs*, comme des causes déterminantes d'une efficacité incontestable. Voici ce que nous apprennent les faits :

Dans 67 cas, la maladie s'est developpée :	
— Sans cause connue	46 fois.
— Après un refroidissement plus ou moins prolongé . . .	17
— Presque immédiatement après une suppress. des règles .	1
— Dans un mouvement brusque de la partie malade . . .	2
— A la suite d'un coup	1 (1).
Total. . . .	67

D'après ce tableau, le refroidissement prolongé serait, sans contredit, la cause la plus efficace des névralgies ; et, si nous nous rappelons ce qui a été dit à l'occasion de l'influence des saisons et des variations atmosphériques, nous reconnaîtrons que tout, dans les faits que j'ai recueillis, parle en faveur de cette conclusion.

Rechercherai-je, maintenant, l'influence des climats, des habitudes et de l'hygiène, etc., etc. ? Je sais que dans presque tous les articles généraux, ces considérations trouvent leur place, et qu'on n'hésite guère à émettre des opinions plus ou moins prononcées, sur tous ces points d'étiologie. Mais, je le demande, où sont les faits exacts, précis, analysés, qui servent de base à tant d'assertions diverses ? On n'a pu évidemment traiter ces

(1) Je n'indique ici que les cas dans lesquels la cause a été bien constatée, et dans lesquels le diagnostic ne laissait aucun doute.

questions qu'à l'aide d'impressions générales; mais les impressions générales trompent trop souvent pour qu'il soit prudent de s'y fier. Que l'on se rappelle le vague des résultats auxquels M. Chaponnière est arrivé, lorsqu'il a voulu étudier les causes de la névralgie trifaciale, avec les faits observés par les auteurs, et l'on verra s'il est permis à un esprit sévère d'avancer des propositions absolues sur des données aussi incertaines. Si donc je ne me suis prononcé qu'avec de grandes restrictions, relativement aux principales causes, et si le nombre de celles qui ont été étudiées par moi est très restreint, il faut s'en prendre à l'insuffisance de la plupart des faits introduits dans la science, et attendre de meilleurs résultats d'une observation plus rigoureuse.

Art. VII. Diagnostic. — Pronostic.

§ Ier. Diagnostic.

La névralgie consiste, comme je l'ai dit plus haut, dans un symptôme presque unique : la douleur; c'est donc avec les affections essentiellement douloureuses, qu'on pourrait la confondre et que je dois la comparer. Ces affections sont de deux ordres : les unes ont leur siége dans un nerf ou dans ses ramifications; les autres, au contraire, affectent des parties toutes différentes. Dans le premier ordre, il faut ranger la *névrite*, les *tumeurs* dans le voisinage des nerfs, la *contusion*, la *piqûre*, la *déchirure* de ces organes; dans le second, on trouve le *rhumatisme musculaire*, les *douleurs lancinantes* dues à une affection aiguë ou chronique, etc., etc.

1° *Affections qui ont leur siége dans les nerfs.*—De toutes ces maladies, la *névrite* est celle qu'on peut le

lus facilement confondre avec la névralgie; je n'en veux
our exemple qu'une observation citée dans la descrip-
on particulière de la névralgie sciatique, à l'article
iagnostic. Cependant quelques auteurs, et en particu-
er M. Martinet (1), ont, d'après un certain nombre
'observations, établi des différences très tranchées en-
re la névrite et la névralgie. Suivant eux, la pre-
ière de ces deux affections se distingue de la seconde:
ar la plus grande fixité dans le siége qu'elle occupe;
ar la courte durée, et par le caractère peu prononcé
e ses rémissions; par le retour graduel, et non brusque,
le la douleur lancinante; par une plus grande tendance
la paralysie du membre affecté; et surtout par l'exaspé-
ation de la douleur sous la pression. Il y a, peut-être,
lans le degré de ces divers symptômes, quelque chose
qui pourrait servir à faire reconnaître une névrite: mais,
i j'en juge par le cas dont je viens de parler, tous ces
ignes, la paralysie complète exceptée, appartiennent à
'affection inflammatoire, aussi bien qu'à l'affection pu-
ement douloureuse des nerfs. Ainsi, l'exaspération de la
douleur sous la pression a été si générale dans les obser-
vations que j'ai recueillies, qu'au lieu de former un
caractère différentiel entre la névrite et la névralgie, elle
est, en réalité, un caractère commun aux deux affec-
tions. Je le répète, il peut y avoir des degrés diffé-
rents, mais les symptômes sont presque tous les mêmes:
c'est à l'observation à nous éclairer sur ce point de pa-
thologie encore obscur.

M. Dugès (2) a décrit jusqu'à cinq formes particulières
de névrite. Faut-il chercher le diagnostic de chacune de

(1) Mémoire sur l'inflammation des nerfs, *Revue médicale*, juin 1824.
(2) *Revue médicale*, août 1824.

ces formes? Je ne le pense pas, car il est aujourd'hui reconnu que la plupart de ces variétés appartiennent, non à la névrite, mais à la maladie connue sous le nom de *phlegmatia alba dolens*.

La piqûre, la déchirure, la contusion des nerfs produisent des douleurs lancinantes qui parcourent les ramifications nerveuses, et se manifestent à des intervalles variables comme les douleurs névralgiques; dans ces cas, comment établir le diagnostic? Si les auteurs avaient exploré attentivement tout le trajet du nerf, on pourrait, peut-être, à l'aide de leurs observations, parvenir à un résultat satisfaisant; mais ces renseignements nous manquant, il serait prématuré de vouloir établir un diagnostic positif entre ces affections et la névralgie. La connaissance de la cause peut seule, dans l'état actuel de la science, diriger notre jugement. C'est encore une lacune que je signale à l'attention des observateurs. Il en est de même de ces douleurs violentes qui existent long-temps après les amputations, et que les malades rapportent souvent à la portion du membre retranchée. On peut consulter à ce sujet les observations intéressantes de quelques chirurgiens, et en particulier de M. Larrey, qui a donné une explication de ce phénomène (1).

J'en dirai autant de certains *névrômes* qui donnent lieu à de vives douleurs, et auxquels Chaussier a imposé le nom de *névralgies anomales*. J'en ai cité deux exemples remarquables, l'un à propos de la névralgie sciatique, l'autre dans la description de la névralgie cubitale. En lisant ces observations, on verra tout ce qu'elles laissent à désirer pour le diagnostic.

2° *Affections qui ont leur siége dans d'autres or-*

(1) Voy. *Journal hebdomadaire*. Paris, 1829, t. I, p. 328 et suiv.

anes. — De toutes ces maladies, le *rhumatisme mus-
ulaire* est celle qui a le plus d'analogie avec la névral-
e; c'est en effet une affection purement douloureuse,
ant un siége plus ou moins superficiel, et donnant
équemment lieu à des exacerbations. Pour la distinguer
une névralgie proprement dite, il faut avoir égard à
étendue de la douleur, qui occupe une surface tou-
urs plus considérable que dans la névralgie, et qui
est pas disséminée par points isolés; à la violence
cette douleur dans les mouvements, et surtout dans
ux qui exigent une forte contraction des muscles af-
ctés : elle est en effet incomparablement plus grande
ue la douleur spontanée, tandis que le contraire a lieu
ns la névralgie; enfin, à la direction même de cette
uleur, qui est vague dans le rhumatisme, et suit assez
actement le trajet du nerf dans la névralgie.
Telles sont les différences qui doivent guider le prati-
en au lit du malade, car l'expérience a prouvé que ces
ux espèces d'affections ne sont pas ordinairement
aitées avec le même succès par les mêmes moyens.
ais, aux yeux du pathologiste, le rhumatisme muscu-
ire et la névralgie sont-ils des affections essentielle-
ent différentes? Si l'on considère qu'elles consistent
utes les deux presque uniquement dans une simple
uleur; qu'elles se produisent dans les mêmes circon-
nces; que fréquemment elles existent chez les mêmes
dividus, et surtout que l'une d'elles peut être suivie
remplacée par l'autre d'une manière évidente, on sera
rté à croire que la nature de la maladie est la même, et
e le siége seul est différent. Cette différence du siége
toutefois, comme je l'ai déjà dit, assez importante
ur motiver la séparation du rhumatisme musculaire

et de la névralgie, dans le cadre nosographique; elle donne, en effet, à chacune de ces maladies une physionomie toute particulière, et des caractères très différents; c'est pourquoi, dans tout le cours de cet ouvrage où la question pratique tient toujours la première place, j'ai eu constamment soin d'établir, aussi exactement qu'il m'a été possible, le diagnostic différentiel de ces affections.

Les douleurs lancinantes occasionnées par les maladies de divers organes, telles que les inflammations, les cancers, etc., se distinguent de la névralgie, par l'absence de points douloureux dans les parties éloignées de l'organe malade : dans les cas où il en existe, c'est qu'il y a complication. Je n'insisterai pas davantage sur cette distinction, parce que, à propos de chaque névralgie en particulier, j'ai déjà traité des diverses affections de ce genre qui peuvent faire naître quelques doutes.

Dans quelques maladies, telles que la chlorose, la colique de plomb, l'acrodynie, des douleurs vives parcourant un trajet plus ou moins étendu, et suivant une marche plus ou moins capricieuse, se font fréquemment sentir. J'ai mentionné, dans les descriptions particulières, quelques cas de ce genre, dans lesquels il existait une véritable névralgie. Mais dans le plus grand nombre de ceux qui nous ont été fournis par les auteurs, les douleurs sont indiquées comme suivant un trajet vague, et comme n'ayant pas de siége précis : c'est là un caractère propre à les faire distinguer; s'il en est d'autres, ils ont besoin, pour être bien déterminés, de nouvelles observations plus détaillées.

Enfin, les *viscéralgies* pourraient être prises pour de simples névralgies, si le trouble des fonctions de l'or-

gane affecté, et l'absence de points superficiels, ne venaient en aide au diagnostic. Je répéterai, du reste, à propos des viscéralgies, ce que j'ai dit du diagnostic différentiel du rhumatisme musculaire. Si je l'établis, c'est sans rien préjuger sur la nature même de ces deux affections que bien des raisons me portent à regarder comme identiques. Parmi ces raisons, la facilité avec laquelle une névralgie peut, dans quelques cas, se porter sur un organe interne et causer une viscéralgie, tient certainement la première place; or, des faits de ce genre ont été observés, et je n'en donnerai pour exemple que le suivant, que je tiens de l'obligeance de M. Grisolle.

Un jeune homme, sujet aux névralgies de la face, fut pris dans les derniers jours de janvier 1841, de douleurs lancinantes dans la tempe droite, qui ne tardèrent pas à s'irradier vers le côté opposé. Un soir qu'il avait la face très rouge, on lui appliqua des compresses froides sur le front; cinq minutes après, la douleur de tête diminua peu à peu. et au bout de trois ou quatre minutes elle avait entièrement disparu. En même temps, une pesanteur se faisait sentir à l'épigastre; puis tout-à-coup survinrent, dans cette région, des douleurs atroces, accompagnées d'un sentiment de suffocation, d'efforts très pénibles de vomissement, et de temps en temps, de dégagement de gaz par la bouche. Ces crises durèrent pendant une heure ou deux. Quelques mois auparavant, ce jeune homme avait éprouvé des accidents absolument semblables.

§ II. Pronostic.

La névralgie, considérée d'une manière générale, ne doit pas être regardée comme une maladie grave; on ne

cite point de faits qui démontrent d'une manière évidente qu'elle peut se terminer par la mort. Quelle que soit l'atrocité des douleurs, elles peuvent être supportées pendant fort long-temps, et le plus souvent sans que l'état général en souffre d'une manière sensible. Mais si la névralgie n'offre point de danger réel pour l'existence, elle peut la rendre insupportable, car on a cité des malades qui ont été portés au suicide par la violence des douleurs. La longue durée de la maladie et son passage à l'état chronique, sont toujours à redouter. En général, plus la névralgie a duré long-temps, plus elle est rebelle, et c'est surtout chez les sujets âgés qu'elle résiste aux traitements les mieux appropriés. Cependant on a vu des névralgies fort anciennes guérir très promptement chez des vieillards, tandis que le résultat était tout opposé dans des circonstances beaucoup plus avantageuses; dans ces cas, il est presque toujours impossible de découvrir la cause d'une aussi grande différence.

ART. VII. — TRAITEMENT.

Il ne s'agira ici que des moyens thérapeutiques employés dans toutes les espèces de névralgie; ceux qui n'ont été dirigés que contre une seule ont été appréciés suffisamment dans les descriptions particulières. Je ne parlerai donc ni de la térébenthine, ni des pilules de Méglin, qui n'ont guère été mises en usage que dans les névralgies de la face et du membre inférieur.

§ Ier. Moyens curatifs.

1° *Médication interne.* — Les *narcotiques* sont généralement employés soit comme moyen adjuvant, soit

comme moyen principal dans presque tous les cas de névralgie ; cependant, je n'ai pas constaté un seul cas bien évident de guérison par ce traitement. On ne doit donc pas espérer de guérir radicalement les affections qui nous occupent, par l'emploi seul des médicaments narcotiques à l'intérieur ; mais comme ils engourdissent la sensibilité, on peut les mettre en usage, dans le but de calmer des douleurs qui sont quelquefois atroces.

Le *sous-carbonate de fer* a été moins fréquemment administré dans les névralgies des membres que dans celles de la tête. Pour tout ce qui regarde ces dernières, je renvoie à l'histoire de la névralgie trifaciale; quant aux autres, je me bornerai à dire que dans le petit nombre de cas où le carbonate de fer a été administré, il n'a eu aucun résultat avantageux, soit qu'il y eût des symptômes de chlorose, soit qu'il n'en existât point.

Le *sulfate de quinine* est un des remèdes auxquels on a le plus fréquemment recours, surtout lorsque les paroxysmes présentent une périodicité plus ou moins marquée. Dans dix-huit cas, qui ont paru nécessiter l'emploi de ce moyen, la guérison a eu lieu six fois seulement, et deux fois il y a eu un soulagement assez marqué.

Tels sont les résultats positifs de l'observation relativement au traitement interne des névralgies en général. Quelle différence entre ce petit nombre d'indications, et celles qui ont été données par les auteurs ! Mais je n'ai voulu admettre que les résultats de l'observation, et malheureusement l'observation est muette sur bien des points.

2° *Médication externe. — Vésicatoire simple.* — Les vésicatoires ont fait la base du traitement dans cinquante-deux cas: la guérison a eu lieu trente-neuf fois;

sept fois il y a eu un soulagement marqué, et six fois seulement ce moyen n'a eu aucun effet. Il faut toutefois remarquer, que chez les six derniers sujets, ce mode de traitement n'a pas été suivi avec toute la persévérance nécessaire, en sorte que, d'après ces faits, le vésicatoire est un des meilleurs remèdes que l'on puisse opposer à la névralgie. Déjà Cotugno, et après lui un grand nombre d'observateurs modernes, parmi lesquels il faut distinguer M. Arloing de Nevers (1), avaient constaté les bons effets de ce topique.

Aujourd'hui, l'on fait un très grand usage des *sels de morphine*, appliqués sur la peau dépouillée de son épiderme par un vésicatoire; mais on le fait de telle manière, que le plus souvent il est impossible de faire la part de l'action du vésicatoire et de celle de la morphine. On s'empresse, en effet, dès que l'épiderme est enlevé, d'appliquer le médicament, sans songer que le vésicatoire a une efficacité incontestable.

J'ai trop insisté sur ce point, dans l'histoire particulière de chaque névralgie, pour que je m'y arrête plus long-temps ici; j'ajouterai seulement, pour compléter ce que j'avais à dire de l'action du vésicatoire, que depuis un certain temps j'ai adopté, pour traitement dans les diverses névralgies, l'application *des vésicatoires volants sur les principaux points douloureux*, et que dans la totalité des cas, j'ai obtenu, soit une guérison prompte et radicale, soit un soulagement marqué. Si nous joignons ces considérations, trop générales sans doute, à celles qui précèdent, nous reconnaîtrons que l'emploi du vésicatoire simple, et surtout du vésicatoire volant appliqué sur les divers points douloureux, doit

(1) Voyez *Journal général de médecine*, mars 1827.

être encore plus généralement adopté qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour.

Cautérisation. — Les Arabes appliquaient déjà le cautère actuel dans les névralgies, mais c'est de nos jours qu'on en a généralisé l'emploi, en en modifiant l'application. Les Arabes cautérisaient profondément et dans des points circonscrits; M. Jobert promène superficiellement le cautère dans toute l'étendue du trajet du nerf. Peut-être suffirait-il d'une cautérisation légère dans les divers points douloureux. Au reste, le cautère actuel est un moyen extrême qu'on ne doit employer qu'après la plupart des autres, et surtout les vésicatoires. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'incision et à la *résection* du nerf, qui n'ont guère été pratiquées que dans les névralgies de la tête.

L'*électricité* a été mise en usage dans presque toutes les espèces de névralgies, mais bien plus souvent dans les névralgies de la face; ce moyen, qui n'a pas été expérimenté par un assez grand nombre d'observateurs, est adopté par M. Magendie de préférence à tous les autres. Je n'ai eu recours à la pile électrique que dans un petit nombre de cas, et sans succès.

Tels sont les principaux agents thérapeutiques qu'on a opposés aux névralgies. On voit que s'il reste encore à faire pour le traitement de ces affections, les faits que j'ai rassemblés ont néanmoins suffi pour mettre hors de doute l'efficacité de certains moyens, et principalement des vésicatoires, au premier rang desquels il faut mettre les vésicatoires volants disséminés sur les points douloureux. De nouvelles observations me prouvent tous les jours que c'est là le traitement par excellence, lorsqu'il n'y a pas d'indication spéciale.

Je ne parlerai point de beaucoup de moyens adjuvants, ou autres, qui ont été tour à tour proposés; ceux qui désireront avoir des renseignements plus complets à ce sujet, les trouveront dans l'ouvrage de Joseph Frank, qui a réuni les opinions de presque tous les auteurs connus.

§ II. Moyens préservatifs.

D'après ce qui a été dit à l'article des causes, l'action du froid, et principalement du froid prolongé, est la seule qui ait été bien constatée dans un assez grand nombre de cas. C'est donc à se préserver de cette action que se réduiront les précautions indispensables pour tous les individus prédisposés aux névralgies; et ces précautions ils devront les prendre, non seulement pendant l'hiver, à l'époque où l'affection douloureuse des nerfs a le plus de tendance à se reproduire, mais encore dans les mois les plus chauds; car chez plusieurs sujets affectés d'une ou de plusieurs névralgies qui se produisaient fréquemment dans le cours de l'année et à des intervalles variables, ces affections, bien que plus fréquentes dans la saison froide, se montraient aussi pendant l'été, et il suffisait alors d'un simple courant d'air frais pour les faire naître. Le médecin recommandera au malade de ne point coucher dans une chambre non chauffée; car pendant la nuit le froid peut agir d'une manière très prolongée, et par conséquent très efficace. Je n'ai besoin de rien ajouter sur le choix des vêtements, car on comprendra facilement quels sont ceux qui conviennent aux sujets, suivant l'espèce de leur névralgie.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

CHAPITRE DEUXIÈME. NÉVRALGIE CERVICO-OCCIPITALE.

CHAPITRE TROISIÈME. NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE.

CHAPITRE QUATRIÈME. NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.

CHAPITRE CINQUIÈME. NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

CHAPITRE SIXIÈME. NÉVRALGIE CRURALE.

CHAPITRE SEPTIÈME. NÉVRALGIE FÉMORO-POPLITÉE (SCIATIQUE.)

CHAPITRE HUITIÈME. NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.











